



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

TEMA: Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígena kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.

AUTORA: María Susana Pupiales Cuasque

DIRECTORA: Licda. Mercedes Flores Mph.

Ibarra – Ecuador

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DE VIH/SIDA DE ADOLESCENTES INDÍGENA KICHWAS DE LA COMUNIDAD SAN CLEMENTE – IBARRA, 2016.”, de autoría de MARÍA SUSANA PUPIALES CUASQUE, para la obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016



Licda. Mercedes Flores Mph.

DIRECTORA DE TESIS

C.I 1001859394



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100236881-7
Apellidos y Nombres:	María Susana Pupiales Cuasque
Dirección:	La Esperanza San Clemente
Email:	susanapupiales@yahoo.es
Teléfono fijo:	
Teléfono móvil:	+593 990 926 778

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígena kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.
Autor:	María Susana Pupiales Cuasque
Fecha:	Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	Lic. Mercedes Flores G. Mph

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **María Susana Pupiales Cuasque**, con cédula de ciudadanía Nro. 1002368817 en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016

AUTORA:



María Susana Pupiales Cuasque

AUTORA C.I.: 100236881-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **María Susana Pupiales Cuasque**, con cédula de ciudadanía Nro. 100236881-7; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada “Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígena kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.”, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016

María Susana Pupiales Cuasque

C.I.: 100236881-7

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 16 de Febrero de 2017.

María Susana Pupiales Cuasque “**Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígena kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.**”, Cantón Otavalo, provincia de Imbabura” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 16 de Enero de junio de 2016. 94 pp 4 anexos.

DIRECTOR: Lic. Mercedes Flores. Mph.

El principal objetivo de la presente investigación fue, **Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígena kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.**, Cantón La Esperanza, provincia de Imbabura. Entre los objetivos específicos se encuentran: Determinar las características socioculturales a la población en estudio que influyen sobre las actitudes de la población joven frente al VIH/SIDA. Identificar los conocimientos que poseen los adolescentes indígenas con respecto al VIH/SIDA. Describir las prácticas de prevención que los adolescentes investigados realizan o toman en cuenta para prevenir el VIH/SIDA. Implementar un programa de capacitación y sensibilización sobre prevención del VIH/SIDA dirigido a la población adolescentes de San Clemente, que incorpore medidas adecuadas para superar las barreras culturales locales, como el idioma autóctono.

Ibarra, a 16 de días del mes de febrero de 2016



Lic. Mercedes Flores. Mph.

Directora de Tesis



María Susana Pupiales Cuasque
Autor

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a:

A los Taitas y Mamas sabios ancianos de mi pueblo, que en silencio conservan los conocimientos de salud y enfermedad; son los protectores de su gente y han luchado desde siempre por conservar su sabiduría; frente a estas nuevas enfermedades VIH /SIDA, no tienen una respuesta, lo que les vuelve a ellos también vulnerables.

Mi hijo OSCAR, la persona que más amo y la más importante en mi vida, supo comprender mis ausencias en los momentos que más me necesitaba, al mismo tiempo fue mi motor de apoyo, y en él a todos los jóvenes adolescentes que compartieron sus conocimientos, actitudes frente a dicha epidemia, y fortalecieron sus conocimientos en prevención.

Susana

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

Dios Pachacamac por haberme dado sabiduría y perseverancia.

Mis padres que desde el cielo me acompañan.

La Lic. Mercedes Flores MpH, que me supo guiar en este proyecto de investigación

Los jóvenes de mi comunidad San Clemente por su disponibilidad y colaboración en esta investigación.

La Universidad Técnica del Norte porque fue el camino principal, para poder culminar con mi carrera profesional y en ella a mis maestras por su entrega y ejemplo de profesionalismo.

Susana

ÍNDICE

PÁGINAS DE APROBACIÓN	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
TEMA	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la investigación.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. OBJETIVOS	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Preguntas de investigación.....	8
CAPITULO II	9
2. Marco Teórico.....	9
2.1. Marco Referencial.....	9
2.2. Marco Contextual.....	13
2.2.1. Datos generales de la comunidad San Clemente.....	13
2.2.2. Organización Política administrativa.	13
2.2.3. Población Comunidad San Clemente.....	14
2.2.4. Grupos étnicos.....	14
2.3. Marco Conceptual	15
2.3.1. SIDA concepto	15
2.3.2. Origen del VIH.....	15
2.3.3. Etapas de la infección por VIH	18

2.3.4.	Formas de transmisión	19
2.3.5.	Formas de no transmisión	20
2.3.6.	Individuos en riesgo de contraer VIH	21
2.3.7.	El SIDA en las poblaciones Indígenas.	23
2.3.8.	Conocimientos y VIH/SIDA.	24
2.3.9.	Actitudes ante el VIH/SIDA.	25
2.3.10.	Actitudes y comportamientos de riesgo frente al VIH/Sida en adolescentes	25
2.3.11.	La presión social en el grupo	26
2.3.12.	La falta de atención de los padres	26
2.3.13.	Medios de comunicación.....	27
2.3.14.	Condiciones estructurales de vulnerabilidad.....	27
2.3.15.	Medidas de prevención	27
2.3.16.	Educación sexual y reproductiva	30
2.3.17.	El SIDA a nivel Mundial en la actualidad	30
2.3.18.	El VIH en el Ecuador.	31
2.4.	Marco Legal Ético.....	32
2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador	32
2.4.2.	Plan Nacional del Buen Vivir	33
2.4.3.	Ética en la investigación.....	33
2.4.4.	La ley Orgánica de la Salud	36
2.4.5.	Modelo de Atención Integral en Salud	36
2.4.6.	Derechos de las personas con VIH/SIDA	37
CAPÍTULO III		39
3.	Metodología de la Investigación	39
3.1.	Diseño de la investigación	39
3.2.	Tipo de estudio.....	39
3.3.	Localización del estudio y población.....	39
3.4.	Universo y muestra.	40
3.5.	Criterios de inclusión	40
3.6.	Criterios de exclusión.....	40
3.7.	Operacionalización de Variables.....	41

3.8.	Métodos y técnicas para la recolección de la información	45
3.8.1.	Método Empírico	45
3.9.	Análisis y resultados	45
CAPÍTULO IV		47
4.	Presentación de resultados y análisis.	47
4.1.	Caracterización sociodemográfica	51
4.2.	Nivel de estudios que cursa actualmente	52
4.3.	Conocimientos acerca del VIH/SIDA.	53
4.4.	Actitudes frente al VIH/SIDA.....	60
4.5.	Las prácticas de prevención	65
CAPÍTULO V		69
5.	Conclusiones y recomendaciones	69
5.1.	Conclusiones	69
5.2.	Recomendaciones.....	71
BIBLIOGRAFÍA		72
ANEXOS		80

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Índice de tablas

Tabla 1 Edad de la población de San Clemente	14
--	----

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Organización de los grupos de trabajo	49
Cuadro 2 Organización de las sesiones de trabajo.	50
Cuadro 3. Conocimiento de los jóvenes acerca del VIH/SIDA	54
Cuadro 4 Información mencionada y temas pendientes por desarrollar	58
Cuadro 5 Actitudes frente al VIH/SIDA	60
Cuadro 6 Prácticas de prevención	65

RESUMEN

Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígenas kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.

susanapupiales@yahoo.es

María Susana Pupiales

Cuasque

El VIH/SIDA es y sigue siendo hasta la actualidad uno de los problemas de salud pública de mayor importancia a nivel mundial, una de las estrategias para su prevención es el proceso enseñanza-aprendizaje, sobre todo dirigido a los adolescentes, que se han convertido en una de las poblaciones mayormente afectada, el objetivo del presente estudio es identificar los conocimientos que tienen los adolescentes indígenas sobre VIH/SIDA, entender sus actitudes y describir las prácticas de prevención que los adolescentes; se realizó un estudio observacional, descriptivo con enfoque cualitativo; para lo cual una vez obtenida la autorización de la comunidad y padres de familia, se realizó 4 talleres; grupos focales de 6 a 8 adolescentes agrupados según su ubicación (zona alta y baja) y sexo. En la investigación participaron en total 25 adolescentes, de los cuales el 52% eran mujeres, entre 17 y 18 años de edad, los mismos que presentaron una mayor predisposición para intervenir. El 24% de los asistentes no se encontraban asistiendo a ningún establecimiento educativo al momento del estudio, por lo cual no disponían del nivel de conocimiento de los demás adolescentes de su edad. En términos generales los adolescentes de la comunidad describieron un nivel de conocimiento aceptable, atribuido a los temas desarrollados en el aula de clase y lo abordado en TV, radio o internet. Se abordaron ciertas confusiones y desconocimientos durante el proceso, como: el uso adecuado del preservativo, el tratamiento antirretroviral, el contagio y la prevención. Los adolescentes aceptaron no hablar acerca de estos temas con sus padres, debido al desconocimiento de los mismos. Para los adolescentes el riesgo de ésta enfermedad es percibido como lejano, propio de las ciudades grandes o de otros países.

Palabras claves: VIH/SIDA, adolescentes, conocimientos, practicas, kichwas, indígena.

SUMMARY

Knowledge, attitudes and practices in HIV / AIDS prevention of indigenous Kichwa adolescents from the San Clemente Community - Ibarra, 2016.

Susanapupiales@yahoo.es

María Susana Pupiales Cuasque

HIV / AIDS it is and it continues to be, one of the most important public health problems worldwide. One of the strategies for its prevention is rising awareness especially for adolescents, who have become one of the most affected population. The aim of this study is to identify indigenous adolescents' knowledge on HIV / AIDS, understand their attitudes, and describe prevention practices among adolescents. Once obtained the authorization of the community and parents an observational, descriptive study with a qualitative approach was carried out, 4 workshops were held; focus groups of 6 to 8 adolescents grouped according to their location (upper and lower zone) and sex. The study involved a total of 25 adolescents, of whom 52% were women, between 17 and 18 years of age, who had a greater predisposition to intervene. From the study population 24% of the adolescents were not attending to any educational institution at the time of the study, thus they did not have the level of knowledge of other members of the group within the same age. The adolescents of the community described an acceptable level of knowledge, attributed to the topics developed in the classroom and addressed on TV, radio Internet. Certain confusions and misunderstandings were addressed during the process, such as: proper condom use, antiretroviral treatment, contagion and prevention. The adolescents agreed to do not talk about these issues with their parents, due to their ignorance on the topic. For the adolescents, the risk of this disease is perceived as distant, typical of large cities or other countries.

Keywords: HIV / AIDS, adolescents, knowledge, practices, kichwas, indigenous.

TEMA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DE
VIH/SIDA DE ADOLESCENTES INDÍGENAS DE LA COMUNIDAD SAN
CLEMENTE – IBARRA, 2016.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la investigación

1.1. Planteamiento del Problema

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los problemas de salud pública de importancia mundial aún hoy en día; se registra que hasta el 2015 la enfermedad había cobrado aproximadamente 34 millones de vidas, pese a que grandes inversiones y esfuerzos se han realizado tanto a nivel mundial con organizaciones como el “Programa de las Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA” (ONUSIDA) como a nivel local como los esfuerzos realizados por ministerios y gobiernos locales en todas partes del mundo, (1).

Debido a su importancia, la inversión mundial para la lucha contra el sida se había incrementado casi 28 veces en nueve años; de 300 millones de dólares en 1996 (año en el que se conforma ONU/SIDA) a 8.300 millones en el 2005; alcanzando los 18,900 millones de dólares en el 2012, (2).

Los resultados de los esfuerzos realizados han resultado de alguna forma alentadores con relación al retroceso en el avance de la enfermedad; sin embargo, para el 2014 existía aproximadamente de 36,9 millones de personas con VIH; 38,1 millones de personas se habían infectado con la enfermedad entre el 2000 y el 2014 y 25,3 millones habían muerto como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA. Sin lugar a dudas pese al gran avance en materia de prevención y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana, su importancia sigue latente y más aún donde la infraestructura en salud pública y el acceso a información confiable resultan una limitante, (3).

Pese al avance de cierta manera alentador que los esfuerzos a nivel mundial en la lucha contra el VIH/SIDA tiene en la actualidad, son muy pocos los proyectos que incorporan el enfoque de interculturalidad, en la mayor parte de los casos los programas toman en cuenta los factores económico sociales, que si bien es cierto gozan de una importancia indiscutible, no abarcan aun las peculiaridades de muchos sectores dispersos, donde las acciones a tomar necesitan enfrentar limitantes únicas de cada escenario, como el idioma, las costumbres y las reglas propias de comunidades que pese a encontrarse dispersas, empiezan a tener contacto con otras culturas, aumentando de esta manera el riesgo de contraer la enfermedad, atribuible principalmente al desconocimiento y a las actitudes frente a la educación sexual, (4).

Para el 2011 aún no se habían realizado estudios con éste enfoque; o se incorporaba éste factor dentro de las estadísticas oficiales, situación que se repite en cada uno de los países latinoamericanos y que continúa invariable aún en la actualidad, (5).

Por otro lado si consideramos los factores que influyen mayormente en la propagación del VIH/SIDA, quizás los más obvios lo constituyen los movimientos migratorios, entre los cuales, si nos referimos estrictamente sobre las poblaciones indígenas, se podría destacar los movimientos migratorios laborales, por estudios y el turismo. Sin lugar a dudas la migración ha sido uno de los factores detonantes en la diseminación de la enfermedad a nivel mundial; según estudios de la Universidad Autónoma de Yucatán, se estima que un migrante tiene tres veces más riesgo de contraer la enfermedad que un no migrantes, esto hablando de las poblaciones rurales mexicanas, en estudios posteriores también se señala, un marcado desconocimiento y la existencia de mitos que exponía a las mujeres como población vulnerable, frente a hombres migrantes. Estos datos nos permiten suponer una situación similar en las comunidades que comparten ciertas características con las poblaciones de mencionado estudio, (6).

De la misma manera el turismo como una actividad redituable sin duda alguna, también representa un riesgo a considerar; y más aún en comunidades como la población objeto del presente trabajo, en donde ésta actividad representa un rubro al

que muchas familias destinan su tiempo y esfuerzo, existe conocimientos limitados en varios aspectos y mantienen ciertas barreras culturales.

En el Ecuador aún queda mucho por hacer en cuanto a infraestructura en salud a nivel rural, pese a que en el país la inversión en salud ha alcanzado cifras superiores a los 2 mil millones de dólares (Gobierno Nacional 2013), que como es lógico se destinarían principalmente a la inversión en centros poblados y en un pequeño porcentaje a sectores dispersos, situación que no beneficia del todo a las poblaciones más lejanas; junto con ello se puede añadir que existe una deficiencia marcada en cuanto a fuentes de información correcta y oportuna, aún numerosas campañas de salud se han realizado y se encuentran ejecutando actualmente, éstas se enfrentan a muchas barreras, entre ellas a barreras culturales y actitudes hasta cierto punto de rechazo y/o timidez en cuanto a la educación sexual, muchos de los cuales se convierten en mitos, lo cual predispone a que algunos centros poblados sean considerados de riesgo, (7).

Particularmente la comunidad kichwa de la comunidad San Clemente de la ciudad de Ibarra, se caracteriza por presentar los dos tipos de movimientos migratorios, tanto la migración laboral por parte de los hombres hacia centros poblados o incluso hacia otros países; como la afluencia regular de turistas, apoyados principalmente por proyectos gubernamentales destinados a mejorar la situación económica de sus habitantes, sin embargo constituye una preocupación a nivel de líderes comunitarios el hecho de que el contacto cultural entre visitantes y habitantes locales escale aún más allá, con los riesgos culturales y de salud inherentes; de allí que el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas que se realizan frente a la prevención del VIH/SIDA cobren tanta importancia sobre todo por el agravante que constituyen una deficiente infraestructura en salud pública, la carencia de fuentes de información fiables y oportunas, y las barreras culturales que tienden a colocar la sexualidad como “tema tabú” desarrollándose mitos contraproducentes.

La generación actual de jóvenes, con un promedio de 25 años han escuchado hablar del VIH/SIDA, pero no están lo suficientemente informados de las formas de transmisión, al igual que de la prevención de la misma; por otro lado si hablamos con

las personas de un aproximado de 45 años, para ellos éste es aún un tema muy desconocido.

El tabú que se maneja frente a la salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas, no permite que se hable claramente en espacios públicos, y mucho menos dentro del núcleo familiar, acerca de los mismos, lo cual convierte a la comunidad kichwa en un grupo vulnerable.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de los adolescentes indígenas de la Comunidad San Clemente?

1.3. Justificación

La relevancia del VIH/SIDA a nivel mundial es indiscutible, al igual que los esfuerzos realizados para su erradicación; a tal punto que se ha planteado ya dentro de las metas del milenio acabar con la enfermedad a nivel mundial hasta el 2030, (1).

El VIH/SIDA es una patología que causa millones de muertes al año en todo el mundo y en el Ecuador forma parte del cerco epidemiológico, esta propagación requiere una respuesta inteligente y rápida. En nuestro país y en nuestra provincia sigue cobrando miles de vidas humanas, no solamente en el área urbana sino también en el área rural la que se encuentra habitada por la mayor población indígena, que sucumben a esta patología la misma que denigra al ser humano y disminuye la esperanza de vida de la población, esto según expertos por falta de conocimiento.

En el Ecuador, los esfuerzos realizados para asegurar la salud de sus habitantes han sido muy cuantiosos y diversos, iniciando con aportes interesantes en cuanto a infraestructura en salud y llegando a planes y acciones concretas destinadas principalmente a la prevención. Pese a esto no se disponen de una estadística clara de algunas enfermedades, entre ellas el VIH/SIDA, sobre todo que tomen en cuenta aspectos como la interculturalidad, tal vez por el hecho de que no se ha evidenciado aun en cifras más alterantes como mortalidad, sin embargo el riesgo aun latente, nos obliga a pensar en prevención, para lo cual es necesario utilizar la información adecuada y oportuna como pilar fundamental de cualquier esfuerzo a realizar.

El conocimiento y la información son las principales herramientas de primera línea en la defensa que toda persona debe tener, sin embargo el acceso a esta información está muy lejos de ser universal, sobre todo en comunidades o sectores dispersos muy conservadores.

El presente trabajo se justifica por el hecho de medir el nivel de conocimiento de los adolescentes indígenas de la Comunidad San Clemente con respecto al VIH/SIDA, situación muy necesaria para mejorar el nivel de información a nivel de planificación

y entidades responsables de la salud pública, principalmente útil para la toma de decisiones.

De igual manera determinar cuáles son las prácticas actuales de prevención del grupo vulnerable y formular metodologías adecuadas para sustituirlas por prácticas de prevención adecuadas constituye un reto para cualquier esfuerzo a realizar; para lo cual se torna menester determinar la relación entre las condiciones socio culturales y las actitudes frente a ésta temática. La finalidad implícita en el presente trabajo es la de determinar cómo los problemas identificados pueden ser abordados desde el campo de la salud preventiva; para crear un cambio de paradigma y lograr la reducción de nuevos casos, haciendo que la intervención del personal de salud y sobre todo el de la enfermera sea oportuna; en este caso se aborda también la necesidad de que los programas, proyectos y acciones a realizar incorporen las medidas adecuadas para superar barreras culturales, como en el caso del idioma autóctono y el uso de nociones culturales propias de la población a intervenir.

Uno de las limitantes dentro del núcleo familiar es el nivel de conocimiento, sobre todo de los padres de familia, caracterizado principalmente por un nivel de instrucción bajo; esto sumado a limitantes como el acceso a medios de información los limitados esfuerzos locales para hablar acerca del tema, entre otros, ponen en riesgo a los adolescentes de la comunidad, tornando altamente necesario que se encaminen esfuerzos a entender la problemática y el riesgo asociado en cuanto al desconocimiento de los temas de sexualidad, las ETS y entre éstas el SIDA de importancia mundial.

Adicionalmente, se probará una metodología no experimental y cualitativa, acorde para abordar el estudio de la problemática en cuestión, en donde la Escuela de Enfermería, abrirá nuevos campos de estudio e investigación creando experticia en la investigadora y la posibilidad de multiplicar la metodología en estudios similares, lo cual redundará en la calidad de investigación que se lleve a cabo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Identificar los conocimientos, prácticas y actitudes de prevención del VIH/SIDA que tienen los adolescentes de la comunidad indígena de San Clemente de la ciudad de Ibarra.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio que influyen sobre las actitudes de la población joven frente al VIH/SIDA.
- Identificar los conocimientos que poseen los adolescentes indígenas con respecto al VIH/SIDA.
- Establecer las actitudes que los adolescentes tienen en relación a la prevención del VIH/SIDA.
- Describir las prácticas de prevención que los adolescentes investigados realizan o toman en cuenta para prevenir el VIH/SIDA.
- Diseñar un programa de capacitación y sensibilización sobre prevención del VIH/SIDA dirigido a la población adolescentes de San Clemente, que incorpore medidas adecuadas para superar las barreras culturales locales, como el idioma autóctono.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de la población adolescente de la Comunidad de San Clemente que influyen sobre las actitudes de la población joven frente al VIH/SIDA?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los jóvenes que pertenecen al área de estudio acerca del VIH/SIDA?
- ¿Cuáles son las actitudes que los adolescentes muestran ante la prevención del VIH/SIDA?
- ¿Cuáles son las prácticas de prevención ante el VIH/SIDA, que los adolescentes investigados realizan con más frecuencia o toman en cuenta dentro de su vida sexual?
- ¿Cuál sería la mejor forma de socializar o educar a la población adolescente de la comunidad de San Clemente acerca de la prevención del VIH/SIDA, sobre todo considerando las barreras culturales propias del grupo?

CAPITULO II

2. Marco Teórico.

2.1. Marco Referencial

Al tratarse de una enfermedad de interés mundial, muchos estudios se han realizado al respecto, siendo los citados a continuación los cuales se aproximan de una u otra manera al trabajo planteado.

Vera, et al. (8), realizó el estudio con la participación de jóvenes de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, 2001, con la finalidad de identificar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas de riesgo para adquirir infección por VIH transmitida sexualmente las cuales servirían de base en la reorientación de las acciones preventivas dirigidas a los jóvenes de la ciudad. Para el efecto se desarrolló un trabajo enfocado a una población joven, con edades entre los 15 y 22 años de edad. Los resultados se agruparon en cinco componentes: 1) socio-demográfico, con la participación de 458 jóvenes, de los cuales el 60% fueron mujeres, de todos los estratos socio-económicos, con una edad promedio de 18.2 años y una media de escolaridad de 11.7 años. 2) comunicación, donde se encontró que la televisión era el medio predilecto para recibir información sobre SIDA (88% de los resultados). Uno de los resultados más relevantes sugiere que la mayoría de los jóvenes desconocen la existencia de centros de asesoría sobre SIDA en la ciudad. 3) en cuanto a los conocimientos, se encontró que por cada nueve jóvenes con nivel de conocimiento aceptable, hay uno con bajo nivel, siendo la media del nivel de conocimientos de 3.7 sobre la escala establecida. 4) para el parámetro actitudes, la mayoría de los encuestados presentó una actitud favorable hacia las personas enfermas de SIDA, a tener pareja estable, sobre la importancia de las campañas de prevención, a mantener una buena comunicación con la pareja y al uso del condón. 5) dentro del tema de prácticas, el 58% de estos jóvenes ya habían iniciado su vida sexual, siendo el

promedio de edad de inicio los 15.7 años de edad, Considerando esto sólo el 31% de éstos usan condón en todas sus relaciones sexuales. Se encontró un 2.26% de los jóvenes tuvieron prácticas de sexo seguro. Se concluye de ésta forma que aunque los jóvenes de la ciudad cuentan con los conocimientos básicos sobre todos los aspectos del SIDA, en general, su nivel de conocimientos es bajo frente a la extensa divulgación que sobre el tema se ha realizado mediante las campañas preventivas, (8).

Un estudio similar fue planteado en Nicaragua cuyos datos fueron tomados del estudio ‘Promoción de la Participación de los hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva’ realizado por OPS, GTZ y MINSA en el año 2004, donde fueron seleccionados 600 hombres de las ciudades de Managua, Bluefields y Bilwi; por otro lado los cualitativos fueron obtenidos de entrevistas en profundidad realizadas a 6 expertos en las temáticas de masculinidad e ITS-VIH-SIDA; como resultado del análisis realizado el perfil sociodemográfico representativo de los hombres estudiados es: 27 años de edad, mestizo, con secundaria incompleta, católico, soltero, sin hijos y que tuvo su primera relación sexual a los 15 años. Los hombres con bajo nivel de instrucción tienen más bajos niveles de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA, actitud menos favorable para la prevención y mal acceso a los servicios de atención y prevención. El 37% tienen buen nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA; 27% tienen actitud muy favorable para la prevención de ITS-VIH-SIDA; 37% tienen prácticas de bajo riesgo y sólo 18% tienen buen acceso a servicios de atención y prevención. Las actitudes de prevención no se encontraron estadísticamente asociadas a las prácticas de riesgo, (9).

El propósito del estudio fue conocer la relación que existe entre el conocimiento y actitud de los adolescentes hacia el VIH/SIDA, se planteó en la Ciudad de Nuevo León – México una investigación de tipo descriptiva y correlacional, conducido en el 2002.; para lo cual se realizó un muestreo probabilístico, siendo necesario trabajar con un nivel de confianza de 95 por ciento. La muestra fue de 95 adolescentes de ambos sexos. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento Conocimientos y Actitudes del Adolescente hacia el VIH/SIDA diseñado por Walrond et al. Integrado por datos de identificación, preguntas para valorar fuentes de obtención de información sobre el

VIH/SIDA, conocimiento sobre transmisión sexual del VIH/SIDA, conocimiento sobre transmisión por contacto social del VIH/SIDA y un último apartado sobre actitudes hacia el VIH/SIDA. El instrumento mostró consistencia interna aceptable. Se usó estadística descriptiva, prueba de Kolmogorov Smirnov y coeficiente de correlación de Spearman. Entre las conclusiones más importantes se obtuvo que: Las características demográficas de la población estudiada, mostraron que el mayor porcentaje (47.4%) lo conformaron adolescentes de 16 años, 57% correspondieron al sexo femenino y el 62% fueron de segundo semestre de educación Vocacional. Además el estudio permitió identificar como principal fuente de información del VIH/SIDA a la escuela con un 92.6%. En cuanto a los conocimientos que tienen los adolescentes con relación a la transmisión sexual del VIH/SIDA, la mayoría (91.6%) refirió que se puede adquirir a través de las relaciones sexuales, en relación a la transmisión por contacto social por VIH/SIDA, un gran porcentaje está de acuerdo que el contacto de piel u objetos de personas infectadas no son motivo de contagio de la enfermedad y entre las principales actitudes de los adolescentes hacia el VIH/SIDA, un gran porcentaje (96.8%) está de acuerdo en que se debe enseñar todo lo relacionado al VIH/SIDA en la escuela. De acuerdo a los índices que se obtuvieron en relación al conocimiento y actitud mostraron medias por arriba de 80. Para determinar la relación entre el conocimiento y actitud del adolescente hacia el VIH/SIDA, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, encontrando que la variable conocimiento sobre la transmisión sexual del VIH/SIDA se relaciona positiva y significativamente ($r_s=.36$; $p<.001$), con las actitudes hacia la enfermedad, no así con la variable conocimiento sobre la transmisión por contacto social del VIH/SIDA, donde no se encontró significancia estadística, (10).

En el mismo país se realizó un estudio similar, esta vez más enfocado a la incidencia del VIH/SIDA en el área rural y su correlación con variables como migración, bajos niveles socioeconómicos y escolares y acciones de prevención inadecuadas. Este estudio tuvo como objetivo “Determinar los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo del VIH/SIDA en adultos de comunidades rurales de Yucatán, México”; para lo cual Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal; donde se obtuvo el tamaño de muestra a través de muestreo probabilístico utilizando la fórmula de

proporciones, considerando los 38 albergues escolares distribuidos en cuatro centros coordinadores (Peto, Valladolid, Sotuta y Maxcanú) pertenecientes a la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Yucatán, México, durante 2003-2005, quedando constituida la muestra por 276 familias (552 jefes de familia, hombres y/o mujeres) a los que se les efectuó una entrevista estructurada por personal maya parlante; obteniéndose como resultados relevantes que; del total, 301 fueron mujeres y 251 hombres, con escolaridad mínima o analfabeta 42.5%/47.8% (mujeres/hombres). El medio de comunicación por el que se enteraron del SIDA fue la radio; en cuanto al uso de condón como medida preventiva para VIH fue de sólo 3% y 5.5% en mujeres y hombres, respectivamente; por otro lado el 69.3%/75.5% (mujeres/hombres) al tener sólo una pareja sexual no se consideraban en riesgo de adquirir VIH; y de igual manera 115 mujeres y 168 hombres realizaron movilidad poblacional y, de ellos, 7 mujeres y 22 hombres tuvieron prácticas sexuales en esos sitios; 2 mujeres y 17 hombres estuvieron conscientes de la posibilidad de infectarse con esta práctica sexual ($p=0.0042$). Por lo cual se concluye que el principal medio de información sobre el VIH/SIDA fue la radio. Existe una baja utilización del condón como medida preventiva. Esta población tiene información incompleta y no se percibe en riesgo, a pesar de presentar prácticas de riesgo para la infección por VIH, (11).

En un estudio denominado *“Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia”*, en el 2006, Cristina Puig Borràs y Pilar Montalvo representantes de la unión de tres instituciones en Pando, Bolivia, se articularon para desarrollar una iniciativa destinada a fortalecer la capacidad de las organizaciones indígenas en la prevención del VIH y sensibilizar sobre los factores socioculturales que hacen más vulnerables al VIH y se concluye, que el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en particular, difícil e insuficiente. Las comunidades indígenas no tienen acceso a servicios, insumos ni información básica sobre anticoncepción, salud materna, atención integral al embarazo no deseado, educación en sexualidad, ni de prevención y atención a ITS, incluido el VIH/SIDA y están en una situación de mayor vulnerabilidad ante la creciente epidemia del VIH y el Sida en Bolivia, (12).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Datos generales de la comunidad San Clemente.

La comunidad San Clemente se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Ibarra, en la parroquia La Esperanza; se trata de una comunidad indígena dedicada principalmente a la agricultura, al igual que al turismo comunitario, el cual ha venido de menos a más en los últimos años.

- ❖ Altitud: 2800 metros sobre el nivel del mar
- ❖ Clima: templado 12 y 20 grados centígrados
- ❖ Superficie: 450 hectáreas

Los límites de la Comunidad San Clemente son:

- ❖ Norte: Barrio San Luis
- ❖ Sur: Comunidad de Naranjito
- ❖ Este: Comunidad de Chirihuasi
- ❖ Oeste: Comunidad de Naranjito

2.2.2. Organización Política administrativa.

Según lo establece el documento de la COOTAD los Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales Rurales son personas jurídicas de derecho público, con autonomía política, administrativa y financiera, cuyas funciones de legislación y fiscalización se ejercen a través de la conformación de una junta parroquial rural presidida por vocales elegidos por votación popular, los cuales a su vez permanecen vigilantes para efectuar acciones proactivas en favor de las Comunidades o Barrios que se encuentren dentro de su jurisdicción.

La comunidad de San Clemente es un organismo que pertenece GAD Parroquial de La Esperanza, pertenece al sector rural y como entidad de derecho público tiene asignado un presupuesto participativo con el cual se pueden desarrollar planes y proyectos en beneficios de la Comunidad.

2.2.3. Población Comunidad San Clemente.

La población de la Comunidad San Clemente se divide de acuerdo a tres principales grupos de edad, con estimaciones de hombres y mujeres que pertenecen jurisdiccionalmente a la misma, para lo cual se puede observar la tabla a continuación:

Tabla 1 Edad de la población de San Clemente

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
De 0 a 14 años	65	75	140
De 15 a 64 años	180	200	380
De 65 años y más	80	90	170
Total			696

Fuente: PDOT GAD Parroquial La Esperanza (2015), (13).

2.2.4. Grupos étnicos

En la comunidad San Clemente la población está conformada por 138 familias de acuerdo a datos del Censo de Población y Vivienda del 2010. En éste mismo informe se establece que los habitantes de la comunidad San Clemente en su totalidad de auto identificaron como indígenas, pertenecientes al pueblo Kichwua Karanki, por lo que para referencias del presente estudio debieron enmarcarse en este conglomerado.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. SIDA concepto

El contexto en el que se desarrollan varias patologías es complejo ya que intervienen una serie de elementos conexos para que a la final los virus mutan desencadenando nuevas enfermedades como es el caso del VIH/SIDA, el cual vino a ser conocido hace no mucho tiempo atrás causando mucho revuelo en las comunidades médicas. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) *“es una enfermedad contagiosa causada por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), comunicado por primera vez por los Centros de Control de Enfermedades” en 1981*, (14). Los mismos autores señalan que se trata de un virus que pertenece a la familia *Retroviridae*, y que infecta a los linfocitos CD4+, las células gliales del encéfalo y los macrófagos. El virus se aloja en la sangre, lágrimas, saliva, leche materna y otros líquidos corporales y tejidos de las personas infectadas. En la mayor parte de los casos inicialmente se desarrollan síntomas similares al resfriado, de 2 a 6 semanas después de la infección, y luego se produce una linfadenopatía generalizada persistente, seguida por una fase latente, la cual es asintomática al inicio, (15).

Existen dos tipos diferentes del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2, los mismos que comparten propiedades epidemiológicas, pese a que desde el punto de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes. La patogenicidad del VIH-2 es menor a la del VIH-1, (16).

2.3.2. Origen del VIH

Debido a la forma explosiva con que apareció la epidemia en 1981, muchos científicos llegaron a la suposición de que se enfrentaban a una nueva enfermedad provocada por un nuevo agente infeccioso inédito, sin embargo, los orígenes del SIDA pese a que no están totalmente claros, son muy diferentes.

La epidemia es reciente, los primeros casos notificados en África y Europa datan de 1959, y en Norteamérica de 1968. Los virus del SIDA, el VIH-1 y el VIH-2, podrían constituir una invención antigua de la naturaleza, según sospechan los biólogos; pertenecen a la familia de los retrovirus, virus cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos, (17).

A partir de los 70s se desato en los Estados Unidos un fenómeno de liberación sexual, bajo ésta influencia, la comunidad gay de algunos países había decidido salir a la calle y mostrarse sin complejos. En ciudades como San Francisco o Nueva York proliferaban los garitos donde además de copas y música se consumía sexo sin restricciones. Según investigaciones de la misma época, en una sola visita a locales como saunas, discotecas o clubes especiales de éste tipo se producían una media de 2,7 contactos sexuales; y como consecuencia proliferaron las enfermedades de transmisión sexual (ETS); siendo frecuente incluso padecer a la vez gonorrea, sífilis, herpes genital y toda una hilada de enfermedades asociadas a la promiscuidad. Esto no fue suficiente para modificar los hábitos sexuales de la época, pues la mayoría de estos problemas se arreglaban con antibióticos, sin mayor problema, (18).

Finalmente en junio de 1981 se comunicó, en una revista científica, el primer caso de neumonía (*Pneumocystis carinii*) en un paciente homosexual, la particularidad era que éste germen era hasta entonces muy poco frecuente salvo en sujetos con defensas bajas. Al mismo tiempo se publicaron varios casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes. Las dos enfermedades hasta el momento raras aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos, es decir, sin capacidad para defenderse de las infecciones y de algunos tumores, (19).

Poco tiempo después se describieron casos similares en otros países occidentales, fundamentalmente europeos, y cundió la alarma. Sin embargo, una vez descrito el cuadro de inmunodeficiencia, comenzaron a comunicarse nuevos casos en sujetos no homosexuales: como por ejemplo en: adictos a las drogas intravenosas, hemofílicos y sujetos procedentes de la isla caribeña de Haití. Esta enfermedad fue bautizada con el

nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, relacionando a la falta de defensas que sufrían los pacientes y al hecho de que se adquiriese durante la vida, (18).

Cuando se habla acerca de los orígenes del virus es necesario mencionar al "Paciente 0", quien sería el primer paciente que sufrió la infección identificado oficialmente, que para el caso del VIH/SIDA se trata de Gaetan Dugas un auxiliar de vuelo homosexual y cuyo comportamiento sexual se define como extremadamente promiscuo, llegando incluso a reconocer haber tenido más de mil compañeros sexuales. Es necesario mencionarlo ya que a partir del VIH aislado de una muestra de su sangre se identificaron a más de 40 casos de VIH de idénticas características en todo el mundo, distribuidos por muchos países que tenían en común haber mantenido relaciones sexuales. Éste particular factor asociado contribuyó evidentemente a extender la enfermedad por todo el mundo al igual que a reconocer que la enfermedad era muy contagiosa y que ciertas actitudes podían ayudar a su diseminación y que resultaba evidente y necesario tomar medidas para reducir la tasa de contagios, (20).

Análisis iniciales del material genético del VIH demostraron que éste tenía una tremenda similitud con el SIV (virus de la inmunodeficiencia del simio). En la actualidad, gracias a estudios genéticos que han comparado el material de ambas familias de virus humano y del mono, se ha aceptado por la comunidad científica que el VIH es un descendiente del SIV que afecta a los monos, (21).

Entendiendo éste contexto aun quedaría pendiente la explicación de cómo el virus pudo 'saltar' desde el chimpancé hasta el ser humano. Las posibilidades analizadas son varias, como; a través de heridas durante la cacería de animales posiblemente contagiados, por el consumo de su carne o incluso el contacto sexual. Incluso se asevera que es muy virtualmente imposible que se llegue a determinar la fecha exacta de cuando sucedió esto; lo que sí está claramente comprendido es que en algún momento de la mitad del siglo XX, la infección del ser humano por el VIH se convirtió en un terrible cuadro epidémico el cual hasta la actualidad se conoce como SIDA y que ha cobrado muchas vidas muchas de ellas incluso inocentes. Modelos matemáticos

avanzados, basados en el componente genético de distintos virus de inmunodeficiencia recolectados durante años y en sus posibilidades de evolucionar hasta dar como resultado el VIH actual, estiman que existe un 95% de posibilidades de que el VIH apareciera entre 1910 y 1950, (22).

El paciente infectado por el virus del SIDA, más antiguo documentado científicamente es un habitante del Congo cuya sangre había sido extraída y congelada en 1959 como parte de una investigación; la muestra fue analizada en 1998 en busca del nuevo virus dando un resultado positivo.

2.3.3. Etapas de la infección por VIH

Uno de las características del VIH, tal vez la más peligrosa es que es asintomático e indetectable al menos en los primeros meses a partir de la infección (3 meses). Los primeros síntomas de cuadro patológico del paciente diagnosticado con VIH positivo, no son muy claros, pues se pueden confundir con otras enfermedades, incluso si el sistema inmunológico del paciente es fuerte pueden pasar varios años hasta que aparezcan signos evidentes de la enfermedad, (23).

En resumen se describen tres fases de la infección del VIH:

Infección aguda.- Es la etapa más temprana de infección por este virus, la cual generalmente se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído la infección. Es frecuente que los pacientes que se encuentran atravesando ésta fase presenten síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. Durante éste periodo de tiempo el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo; ataca y destruye las células CD4 o linfocitos CD4 del sistema inmunitario que luchan contra la infección. El VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, sin embargo el riesgo es mayor durante ésta primera fase, (25).

Infección crónica.- La segunda fase se la denomina infección crónica o también llamada infección asintomática o fase de latencia clínica. Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma evidente, pueden propagar el virus a otras, sin que el paciente este consciente de ello. Cuando no existe tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en un lapso de 10 años o más, periodo que depende de las defensas con las que cuenta el paciente por lo cual puede ser menor en algunas personas, (26).

SIDA.- El SIDA es la fase final de la infección causada por el VIH. Cuando el virus ha destruido ya el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. Las personas con VIH son diagnosticadas con SIDA cuando tienen un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm³, presentan una o más infecciones oportunistas, o las dos cosas a la vez. Sin tratamiento, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años generalmente, (27).

2.3.4. Formas de transmisión

Para que una persona pueda ser infectada con el VIH debe recibir una cantidad suficiente de virus que le permita superar las barreras naturales del cuerpo. Esto ocurre mediante el intercambio de determinados fluidos corporales, como son la sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna; éste tipo de fluidos le permite al virus llegar en las cantidades y las circunstancias adecuadas para poder transmitirse, (27).

Es importante también señalar que las personas que ya poseen la infección por VIH deben evitar nuevas infecciones por el virus. *“El VIH muta y evoluciona de manera distinta dentro de cada persona, por lo que infectarse nuevamente significa infectarse con un tipo distinto de VIH”*, (28). La consecuencia de nuevas infecciones por VIH supone acelerar el curso de la infección e incluso hace que los tratamientos sean menos eficaces, (29).

Las relaciones sexuales sin protección son una de las principales formas de infección, esto debido a que el VIH puede atravesar las membranas mucosas como las que se puede encontrar en los órganos sexuales y el ano, (28).

Después de la transmisión sexual, la transmisión vertical es una de las formas más comunes de transmisión. Esto puede tener lugar antes del nacimiento del bebé, al dar a luz o durante la lactancia, situación que ha sido muy estudiada. Esta puede darse de manera intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna (29).

Estudios previos demuestran que el consumo de fármacos Antirretrovirales - ARV puede disminuir el riesgo de una transmisión vertical por el virus VIH. No obstante, algunos fármacos ARV pueden tener un efecto nocivo sobre el embarazo, principalmente durante el primer trimestre (los tres primeros meses), por lo cual es necesario consultar con un médico acerca de los riesgos y las ventajas de este tratamiento, especialmente en los 3 primeros meses de embarazo, (27).

Por otro lado la transmisión a través de sangre infectada, como al compartir agujas, jeringuillas u otros elementos punzo cortantes o al transfundir sangre contaminada o sus productos derivados constituye otro de los problemas relacionados principalmente con ciertos grupos de peligro como los usuarios de drogas inyectables o tatuajes, al igual que se en el caso de trabajadores de la salud y demás personas que trabajan con personas o material infectado, (27).

2.3.5. Formas de no transmisión

Al tratarse de una enfermedad que ha cobrado tantas vidas y que por sus características genera miedo, es muy frecuente de que se generen mitos y tabúes sobre todo en torno al tema del contagio. Esto conlleva en muchos de los casos a la discriminación de pacientes de SIDA, que en todo caso necesitan del apoyo familiar o de amigos para enfrentar la enfermedad he incluso generan entre los mismos contagiados, ideas prejuiciosas sobre sí mismos, lo cual terminaría por dificultar el tratamiento de

seropositivos o incluso su identificación temprana, entre las principales ideas se describen: (27):

- Vivir, trabajar o salir con una persona infectada.
- Asistir al mismo colegio que un niño o niña infectados.
- Dar la mano, abrazar o dar un beso.
- Dormir en la misma cama.
- En los contactos sexuales sin penetración.
- Compartir cubiertos, comer en el mismo plato o beber en el mismo vaso.
- Por usar servicios higiénicos públicos, piscinas o duchas.
- Por la picadura de un mosquito, o por la mordedura de animales domésticos.

Este conocimiento es de dominio público y generalizados acerca del SIDA, el cual ya cuenta con una considerable trayectoria histórica entre la población a nivel mundial, y por lo tanto estas conjeturas han sido completamente estudiadas y demostradas en su momento y posteriormente se han socializado a todo nivel, sin embargo muchos de los prejuicios no fundamentados se han mantenido aun en la mente de las personas con menor acceso a la información, (31).

2.3.6. Individuos en riesgo de contraer VIH

El que un sujeto expuesto al VIH se infecte depende de varios factores, incluido su estado inmunitario, nutricional y de salud en general, así como la cantidad de virus a la que se habría expuesto. De la misma manera la edad y el sexo del sujeto también influyen en riesgo.

Las personas con alto riesgo de contraer VIH incluyen aquellas que intercambian sangre con sujetos infectados por una transfusión sanguínea o por el uso de agujas contaminadas al compartir agujas durante de consumo de drogas; de la misma manera la exposición por pinchazo con una aguja contaminada puede ocurrir en forma

accidental en las instituciones de salud lo cual constituye también un problema en términos de bioseguridad del personal de salud.

En el caso de los riesgos de infección después de una lesión accidental por pinchazo con una jeringa contaminada es bajo, el mismo que se estima en un 0,32%. Por otro lado el riesgo de infectarse después de una sola exposición a un equipo para la inyección de drogas es más alto se podría decir de prácticamente el doble (0,67%), (28).

El riesgo de infectarse por causa de una transfusión sanguínea es muy alto alcanzando casi 100%, (33).

Otras personas en riesgo de infectarse con VIH son las expuestas a semen o líquido vaginal durante las relaciones sexuales con un individuo infectado, la cual constituye la forma de transmisión más frecuente. La mayoría de las personas que conforman este grupo de riesgo son varones homosexuales que practican el coito anal receptivo; lo cual tiene una probabilidad calculada de transmisión de VIH es de 0.8 a 3.2%; en este caso el riesgo más alto se asocia en parte a la lesión y hemorragia de la mucosa rectal que ocurren durante el coito anal, (28).

El principal modo de transmisión es por contacto heterosexual, sobre todo en algunos países como los del África subsahariana y partes del Caribe. Aunque estadísticamente la incidencia de la enfermedad en varones homosexuales es aún más alta que en los heterosexuales en Estados Unidos. Uno de los datos preocupantes es el hecho de que la incidencia de SIDA aumenta con rapidez entre los adultos heterosexuales, sobre todo mujeres afroamericanas o de origen hispano, (28).

Existen diferentes formas de contagio, pero la situación de riesgo se controla mediante el conocimiento de la enfermedad, por lo que es importante concientizar sólidamente a la población, con planes y programas que sean capaces de transmitir un mensaje claro y sencillo, para que exista un sentido de conciencia y que tome las medidas necesarias para no correr riesgos innecesarios.

2.3.7. El SIDA en las poblaciones Indígenas.

Las poblaciones indígenas comúnmente asentadas en las zonas rurales, una de las carencias marcadas son los servicios públicos, específicamente, de salud, educación y saneamiento ambiental; todo esto pese a que muchos esfuerzos se han realizado por parte del estado y otras organizaciones; lo cual sumado a las necesidades de empleo o fuentes de ingreso promueve el movimiento migratorio a centros poblados e incluso a países extranjeros, (29).

Por otro lado, muchos de los esfuerzos sobre todo en poblaciones con potencial turístico, que buscan generar fuentes de ingresos económicos mediante el “Turismo Comunitario” y cuyos resultados en muchos de los casos han sido muy positivos, también constituyen un factor modificador del contexto cultural y social, promoviendo en algunos casos interacciones sociales que pueden llegar a desencadenar en contacto sexual; que pese a que no debe ser considerado un problema como tal, si debe tomarse en cuenta como un factor de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, sobre todo cuando existe el atenuante de una educación sexual deficiente, (30).

En las últimas cuatro décadas las situaciones sociales que circundan las realidades indígenas han incrementado las interacciones de esta población con otras comunidades, exponiéndolas a enfermedades virales desconocidas y al VIH-Sida, frente a las cuales priman escasas posibilidades biológicas para hacer frente como individuos o comunidades, (29).

Trabajos como los de la Organización Panamericana de la Salud (31), nos demuestran en primer lugar, que los pueblos indígenas son contemporáneos de los procesos globales actuales, y por tanto de epidemias como el VIH-SIDA. Es cierto que muchos indígenas todavía habitan en regiones de refugio o incluso algunos de ellos en poblaciones aun no contactadas, sin embargo otros tantos se mueven de manera temporal, cíclica o permanente a zonas cercanas o lejanas, urbanas o rurales, e incluso migran fuera de sus países de origen y retornan al cabo de un tiempo. En esos procesos migratorios interactúan con otras personas, indígenas o no, trabajan, mantienen

relaciones sexuales con personas de su mismo y de otro sexo, aman, sufren, luchan, padecen distintas formas de discriminación y exclusión; y a veces, dentro de esas condiciones regresan a sus lejanas comunidades de origen a morir como consecuencia de enfermedades entre ellas el SIDA. Estos aspectos, nos recuerdan la urgencia de generar conocimientos sobre este fenómeno para destacar que el impacto cuantitativo de la epidemia de VIH–SIDA en los pueblos indígenas de todo el continente americano sigue siendo un misterio y por lo tanto un riesgo evidente, (32).

2.3.8. Conocimientos y VIH/SIDA.

Mucho se ha aprendido en más de los 20 años transcurridos desde la descripción de los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y del desarrollo de esquemas terapéuticos muy o relativamente efectivos; sin embargo la epidemia causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se convirtió desde hace algunos años en una pandemia la cual ha diezmado poblaciones enteras en todo el mundo. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en todo el mundo había 43 millones de portadores y un total de 20 millones de personas fallecidas a causa de la enfermedad, (33).

Por otra parte, de acuerdo al informe del Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) una de las edades más afectadas por el VIH/SIDA son los grupos de adultos jóvenes de entre 25 y 34 años; el mismo informe indica que todos los días hay 6 000 jóvenes entre 15 a 24 años de edad y 2 000 niños menores de 15 años que se contagian con la enfermedad en todo el mundo. Más aún una décima parte de las nuevas personas infectadas son menores de 15 años, lo que lleva a 2,7 millones el número de niños que viven actualmente con el virus. Se cree que la mayoría de ellos (aproximadamente 90 %) ha contraído la infección de forma vertical, a través de sus madres, por medio del embarazo, parto o lactancia. Bajo éste mismo contexto más de 13 millones de niños han quedado huérfanos por el SIDA, y 1 600 fallecen cada día en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para ésta década cuando menos 110 millones de personas en el mundo estarán infectadas con el VIH. La principal forma de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, un 90%, (34).

Uno de los factores que puede tener influencia sobre el nivel de conocimiento acerca de VIH/SIDA es la condición social. Es muy bien sabido que los individuos de estratos sociales menos favorecidos tienen poco acceso a los sistemas educativos y de información general, por lo cual, están menos expuestos a las campañas de información sobre VIH/SIDA; situación que concuerda con la realidad de las comunidades indígenas, (35).

2.3.9. Actitudes ante el VIH/SIDA.

Después del nivel de conocimiento como uno de los factores de mayor importancia ante el riesgo de contraer VIH/SIDA, es necesario considerar la actitud de la población frente al mismo.

2.3.10. Actitudes y comportamientos de riesgo frente al VIH/Sida en adolescentes

La mayor parte de los casos de transmisión del virus del VIH/SIDA responden al factor de transmisión sexual, en Ecuador este factor representa más del 93% de los casos de VIH/SIDA, (36).

En los espacios de participación que tienen los adolescentes y en los que se aborda el tema de su vida sexual, se confirma que actualmente muchos de ellos, tanto hombres como mujeres, de distinta clase social, entornos, religión, antes de cumplir los 18 años viven situaciones de riesgo ante enfermedades de transmisión Sexual y por ende de VIH/SIDA, como por ejemplo: tener relaciones tempranas, relaciones sexuales desprotegidas, tener relaciones con varias parejas, mantener relaciones sexuales ocasionales y con personas desconocidas, (37).

Sin embargo conocer el por qué viven estas situaciones de riesgo, que otros factores influyen para que los vivan y como los perciben en sus diferentes contextos constituye un reto. Para los/as adolescentes los factores mayormente determinantes en sus actitudes y comportamientos de riesgo son: la presión social del grupo, la ausencia de

los padres, la curiosidad y los medios de comunicación, según lo expone Rodríguez, A. (37).

2.3.11. La presión social en el grupo

Para muchos jóvenes la necesidad de sentirse reconocidos, aceptados y valorados dentro del grupo, hace que asuman actitudes y comportamientos de riesgo. La presión del grupo es tal que el que no lo hace es un “hijito de mamita”, además hay un fuerte prejuicio en relación a la identidad sexual, el que no lo hace es homosexual (43).

Entre las chicas esta situación también es una realidad, porque la que no lo hace es considerada fuera de espacio. Algunas adolescentes expresan que a veces terminan haciendo lo que el grupo exige por miedo a sentirse rechazadas, a que las aparten, no les inviten otra vez a salir, y esto les hace sentirse menos. Sin embargo, la presión del grupo entre las mujeres es menor porque también están presentes mitos, prejuicios, creencias, (38).

Para los adolescentes hombres es muy importante probarse a sí mismo y probar a los demás su virilidad, tomando en cuenta que, a pesar de los cambios de aceptación y/o respeto de la sociedad ecuatoriana frente al tema de homosexualidad, aún persisten actitudes de los adolescentes y la población en general. Estas consideraciones hacen que los varones tengan miedo a ser identificados de homosexuales, porque sienten que serán juzgados por sus amigos, las chicas, la familia, y el resto de la sociedad. En el caso de las mujeres está muy claro el prejuicio de que son rechazadas si alguien descubre que ya han tenido relaciones sexuales, ellas no pueden mientras que los hombres sí, por eso ellas deben cuidarse, (38).

2.3.12. La falta de atención de los padres

En un porcentaje considerable de ocasiones la ausencia de los padres ante las situaciones que viven los/as jóvenes es otro factor de riesgo, la falta de atención y de comunicación dentro del núcleo familiar, la controversia en la forma de actuar y

comportarse desde dos generaciones diferentes y expuestas también a realidades sociales diferentes esto sumado a la necesidad de que hoy tengan que trabajar padre y madre para poder cubrir las demandas económicas del hogar; son entre otros factores los que generan un distanciamiento dentro del núcleo familiar, que hace que poco a poco el afecto, el cariño, el diálogo estén ausentes entre padres e hijas, esto hace también que los hijos/as no se sientan autoestimados por sus padres y busquen llenar su autoestima en el reconocimiento del en espacios sociales que influyen en actitudes y comportamientos que los/as exponen a riesgos ya mencionados, (39).

2.3.13. Medios de comunicación

Los medios de comunicación es un importante factor que influencia en las situaciones de riesgo, muchos de ellos en lugar de orientar, motivan a que adolescentes se expongan al uso de alcohol y una vida sexual activa, necesario para incrementar el rating, en su conducción no hay ningún sentido de orientación, y por lo tanto supone antes que una fuente de información, una fuente de confusión, (40).

2.3.14. Condiciones estructurales de vulnerabilidad

En el Ecuador así como otros países en desarrollo, es necesario entender que el impacto de la epidemia tiene un contexto más allá de la salud pública. Pues además de la salud comprendida desde el enfoque biomédico, la epidemia en nuestro país está enfrentada a realidades preocupantes en otros aspectos: emocional, social, político y económico; expresadas en situaciones tan evidentes como: la pobreza, el hambre; las condiciones de salud y los servicios médicos deficientes; estigmatización y discriminación de poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad, (41).

2.3.15. Medidas de prevención

Realmente la forma de evitar el contagio del VIH/SIDA, corresponde a la prevención de infecciones por vía sexual y sanguínea.

a) Prevenir el riesgo de infección por vía sexual

La prevención se facilita en la medida en que las personas puedan elegir y acceder a una protección para sus prácticas sexuales. La prevención debe ser un derecho y una responsabilidad compartida tanto en hombres como en mujeres, por lo que las medidas que generalmente se sugieren para disminuir el riesgo de transmisión del VIH son (42):

- La abstinencia sexual.
- Mantener una sola pareja sexual, y mantener con ésta una comunicación honesta en cuanto al riesgo del VIH/SIDA
- Usar correctamente el condón masculino de látex y/o el condón femenino de poliuretano, en todas las relaciones sexuales con o sin penetración para hombres y/o mujeres. El uso de condones o preservativos para cualquier tipo de actividad sexual donde pudiera haber contacto de líquidos infectantes con mucosas. Si bien es cierto el uso de estas técnicas no garantiza totalmente la prevención de la transmisión del virus pues existe un margen de error en su uso, su práctica permanente siempre de forma adecuada es el método más eficaz existente para evitar la transmisión del VIH.

b) Prevención por vía sanguínea (42)

- Es necesario exigir sangre segura para las transfusiones, llamada así debido a es decir que haya sido analizada previamente. Generalmente se puede encontrar una etiqueta verde que indica ausencia de infección por VIH. De la misma manera todo órgano para ser trasplantado (riñón, córneas, corazón, médula, hígado, etc.) debe ser analizado previamente.

- Como norma básica de bioseguridad es recomendable usar guantes de látex o poliuretano en caso de manejo de personas heridas con sangrado (puede usarse cualquier aislante incluso bolsa de plástico en casos excepcionales).
- Otra manera prevenir esta forma de transmisión consiste en utilizar agujas y jeringas desechables. Los usuarios de drogas inyectables tienen algunas opciones: dejar de inyectarse, usar agujas nuevas, usar agujas limpias esterilizadas y no compartir las jeringas sino utilizarlas de manera individual.
- En el caso de personas que realizan tatuajes, pedicuristas y manicuristas, estilistas, acupunturistas, perforadores con aretes y similares deben someter a esterilización todo material que vaya a ser utilizado en tejidos humanos, al igual que los cirujanos, ginecólogos y odontólogos.
- Evitar los pactos de sangre.

Realmente este sería el mejor criterio por adoptar en el que se debe participar con políticas adecuadas, para la disminución de la incidencia de esta patología, con la participación y la corresponsabilidad de entidades públicas primeramente y luego organismos privados interesados en apoyar esta causa.

También es importante mejorar los canales de comunicación para que las nuevas generaciones de jóvenes sean hombres o mujeres tengan acceso permanente a información actualizada del tema de prevención del SIDA, que es una enfermedad de consecuencias nefastas.

2.3.16. Educación sexual y reproductiva

Es necesario asumir este contexto como un proceso activo y permanente que potencie al individuo para el disfrute libre, pleno y responsable de su sexualidad, en correspondencia con las necesidades y con las demandas del entorno, garantizando el protagonismo, la capacidad de elegir los límites personales de la sexualidad y el respeto a los de las personas con las cuales se relaciona, (43).

2.3.17. El SIDA a nivel Mundial en la actualidad

Para el 2014, 36,9 millones de personas vivían con el VIH. El número de personas con el virus indudablemente sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. Según datos de junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento; al mismo tiempo, que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido; sin embargo todavía hay un número inaceptablemente alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA, (44).

Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido muy alentadoramente en un 35% desde el 2000 (en un 58% entre los niños) y las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42% desde su pico más alto registrado en el 2004. La respuesta mundial al VIH ha evitado 30 millones de nuevas infecciones y casi 8 millones (7,8 millones) de muertes relacionadas con el SIDA desde el 2000, cuando se establecieron los ODM. Garantizar el acceso al tratamiento antirretrovírico para 15,8 millones de personas era un logro considerado imposible de lograr hace 15 años. En el año 2000, menos del 1% de las personas que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos tenía acceso al tratamiento, esto ha cambiado hasta el momento registrándose en el 2014, que la cobertura mundial de personas que reciben tratamiento antirretrovírico era del 40%, (44).

Sin embargo el VIH sigue mostrando con dureza las desigualdades en el mundo. El SIDA no es aún cosa del pasado sigue siendo una amenaza mundial. Deben aún rectificarse importantes lagunas y deficiencias en la respuesta y la inversión generada, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos donde se podría evitar 28 millones de nuevas infecciones y 21 millones de muertes relacionadas con el sida, entre 2015 y 2030, esto también permitiría ahorrar 24000 millones de dólares anuales en costos de tratamiento del VIH. DE la misma manera la siguiente fase de la respuesta al SIDA debe tener en cuenta las nuevas realidades, oportunidades y pruebas, así como el contexto que cambia tan rápidamente y la nueva agenda de desarrollo sostenible. La respuesta al SIDA a nivel mundial tiene una única prioridad para los próximos 15 años: poner fin a la epidemia de sida para el 2030, según lo expone UNAIDS en el 2015, (44).

2.3.18. El VIH en el Ecuador.

En el 2015 en el país se contabilizan 31.233 portadores del virus; de los cuales, 12.945 tiene SIDA y consumen antirretrovirales; mientras que 18.288 luchan contra el VIH y están en constante seguimiento en hospitales de todo el país, (45).

Según Jairo Vines, miembro de la Fundación Salud, Orientación General y Ayuda (Soga), asegura que en Manabí existen 1.778 casos registrados hasta septiembre, (45).

Según Hinojosa, aunque los pacientes saben que tienen la enfermedad, pero por temor no acuden a los hospitales para el tratamiento con los antiretrovirales, (46).

Según un informe oficial del MSP, en el Ecuador los subgrupos de población mayor prevalencia son los hombres que mantienen sexo con otros hombres con un 19 por ciento, las trabajadoras sexuales con un 3,2 por ciento y los privados de libertad con un 1,4 por ciento. Además, el documento señala que la vía de transmisión del VIH más común es el sexo sin protección en un 99,52 por ciento de los casos y en segundo lugar se encuentra el uso de drogas intravenosas con el 0,08 por ciento. Finalmente, el texto

indica que la mayor población de personas diagnosticadas con VIH está entre los 20 y 39 años y representa la población sexualmente más activa, (47).

2.4. Marco Legal Ético

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay, a continuación se hace referencia a diferentes artículos relacionas con la salud:

Dentro de la Constitución Nacional del Ecuador establece en la sección séptima, Art 362, que la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya cumplimiento se vincula al ejercicio de otros derechos como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Describe además que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. En la misma sección se describe además que en el Art. 362. La atención de salud se prestará como servicio público se prestará a través de las entidades tanto estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes; añade además que los servicios públicos estatales de salud deben ser universales y gratuitos en todos los niveles de atención y que deben comprender los procedimientos

de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios para asegurar la salud del paciente, (48).

2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir

El Plan Nacional del buen vivir redacta en sus objetivos que la importancia del equilibrio de la salud con la calidad de vida mediante el objetivo 3, en el cual se declara que es necesario mejorar la calidad de vida de la población, lo cual demanda el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, para lo cual se establecen lineamientos como el de promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, definir protocolos y códigos de atención para cada uno de sus servicios, ampliándolos sobre todo en términos de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas, añade además que es necesario diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para la prevención de riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud, que existe la necesidad de levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención y por ultimo fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable,.. (49):

2.4.3. Ética en la investigación.

Las investigaciones en el sector salud requieren un compromiso ético en los procedimientos y los métodos aplicados para la obtención de la información en tal virtud la Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki; la cual constituye una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, que incluye también la investigación del material humano y de información identificables, (50):

Los principios aplicables a la presente investigación.

a) Principios generales:

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13. Los grupos que están sub representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

2.4.4. La ley Orgánica de la Salud

En la Ley orgánica de la Salud establece en el Art. 2/ que el Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional (Ministerio de Salud Pública - MSP), con el organismo estatal especializado en género y otros quienes mantengan la competencia, deberán elaborar políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación del Ecuador, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo adolescentes, la transmisión del VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual; añade además que se debe fomentar la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; para lo cual se deberá asignar los recursos necesarios para ello, (57).

2.4.5. Modelo de Atención Integral en Salud

De acuerdo con los modelos de atención descritos en el Modelo de Atención integral de Salud, las estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: en cuanto a las visitas domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización establece que una de las principales actividades que se puede tomar en cuenta para programar es abordar temas como los de las enfermedades de impacto como las

transmisibles entre las cuales se describe al VIH/SIDA, en el mismo documento se añade además la necesidad de abordar la detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA desde el inicio de la vida del niño (de 0 a 28 años), para el cual se establece como estrategia la visita domiciliaria, .

En el modelo se estima también la necesidad de educar a la población en la importancia y la responsabilidad sobre: el diagnóstico y la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, como prestaciones integrales del sistema de salud, (58) .

2.4.6. Derechos de las personas con VIH/SIDA

Con relación a la salud

Los pacientes infectados con VIH/SIDA tienen derecho a la no discriminación y a la no marginación en el acceso a todos los servicios de salud que se establece en el artículo 3 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente; y en los artículos 1 y 7 de la Ley para la prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA, (59).

De la misma manera se establece el derecho a la confidencialidad y privacidad, establecidos en el artículos 362 y 66 numerales 11, 19 y 20 de la Constitución del Ecuador; el artículo 4 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente; y en el artículo 1 de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida; y a una atención preferente, prioritaria y especializada, lo cual se establece en los artículos 35, 50, 341 y 363 numeral 5 de la Constitución del Ecuador, (59).

También se establece el derecho al consentimiento informado, derecho a decidir, derecho a estar informado: artículo 362 de la Constitución del Ecuador; artículos 5 y 6 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, al igual que a recibir tratamiento, redactado en el artículo 363 numeral 7 de la Constitución del Ecuador; artículos 1 y 5 de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida, (59).

Con relación al trabajo

En el ámbito de los derechos de los trabajadores que viven con VIH/SIDA, regulados por el Código del Trabajo, se pueden mencionar los siguientes derechos de los trabajadores:

El derecho al trabajo sin discriminación y a no ser separado/a por el hecho de vivir con VIH, enunciado en el artículo 33 de la Constitución del Ecuador y artículo 1 del Acuerdo Ministerial No. 398; al igual que a la remuneración en igualdad de condiciones: a igual trabajo igual remuneración, artículo 326, numeral 4, de la Constitución del Ecuador y artículo 79 del Código del Trabajo, (59).

- Se establece también el derecho a mantener el trabajo luego de enfermedad: siempre que esta no exceda de un año, artículo 326, numeral 6, de la Constitución del Ecuador; artículo 175 del Código del Trabajo; y, artículo 2 del Acuerdo Ministerial No. 398, (59).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

La presente investigación es cualitativa y no experimental, debido a que busca determinar las cualidades o factores que hacen la población de estudio un grupo de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y especialmente VIH/SIDA.

3.2. Tipo de estudio

Se trata de una investigación observacional, descriptiva, en donde se intenta determinar la realidad de la población con respecto a su nivel de conocimiento, sus actitudes y prácticas en relación al VIH/SIDA.

Es observacional y de corte transversal, ya que describe una realidad en un corto periodo de tiempo y estima la relación entre los factores socio-culturales y el nivel de conocimiento, prácticas y actitudes, utilizando la observación como herramienta principal para entender la problemática asociada a este fenómeno.

3.3. Localización del estudio y población

El estudio se realizó en la Comunidad de San Clemente, se trata de una población indígena ubicada en las faldas del volcán Imbabura en la parroquia de La Esperanza que pertenece al cantón Ibarra en la provincia de Imbabura.

3.4. Universo y muestra.

La población objeto de la investigación la constituyen los adolescentes y jóvenes de la Comunidad San Clemente, La Esperanza, por la naturaleza de la investigación no se consideró necesario determinar una muestra. No obstante se trabajó con 4 grupos focales conformados por entre 5 y 7 adolescentes en cada grupo, alcanzando un total de 25 adolescentes en total.

3.5. Criterios de inclusión

Dentro de este proyecto de investigación se tomaron en cuenta a los jóvenes indígenas de 13 a 18 años de edad que en su momento habitaban en la comunidad San Clemente y de los cuales se contó con el permiso de sus padres de familia.

3.6. Criterios de exclusión

Se excluyeron de la investigación a todos los jóvenes indígenas que no se encontraban dentro del rango de edad preestablecido (de 13 a 19 años), al igual que aquellos que cumpliendo con el parámetro de edad, expresaron como decisión propia o manifiesto deseo de sus padres no ser incluidos en los grupos de trabajo y por lo tanto no participar de la investigación planteada.

3.7. Operacionalización de Variables.

Objetivo 1: Determinar las características socioculturales a la población en estudio.				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Socio demográficos	Identificar las características de los individuos pertenecientes al grupo de estudio.	Edad	Años cumplidos	11 a 12 13 a 14 15 a 16 17 a 18
		Sexo	Características sexuales	Femenino Masculino
		Estado civil	Establecidas por el registro civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre
		Nivel de educación	Instrucción terminada o aprobada	Secundaria Primaria
		Auto identificación Étnica	Auto identificación	Mestizo Afro descendiente Indígena (comunidad a la que pertenece) Blanco

Objetivo 2: Identificar los conocimientos que poseen los adolescentes indígenas con respecto al VIH/SIDA.				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Nivel de conocimiento acerca del VIH/SIDA	Identificación de conceptos desconocidos por los adolescentes con respecto al VIH/SIDA	Conceptos básicos acerca del VIH/SIDA	Conceptos enunciados por los participantes	Acertados Errados
		Fuentes confiables de información acerca de salud sexual.	Fuentes citadas por los participantes, confiabilidad y frecuencia	Fuente confiable frecuente Fuente confiable poco frecuente Fuente no confiable frecuente Fuente no confiable poco frecuente

Objetivo 3: Establecer las actitudes que los adolescentes tienen en relación a la prevención del VIH/SIDA.				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Factores Socioculturales que influyen sobre las actitudes de la población joven frente al VIH/SIDA.	Determina la correlación entre los factores socioculturales y las actitudes de los jóvenes ante las actitudes frente al Sexo y las enfermedades de transmisión sexual	Predisposición para hablar abiertamente acerca de sexualidad.	Apreciación del facilitador del taller entre buena y mala	Buena Mala
Factores Socioculturales que influyen sobre las actitudes de la población joven frente al VIH/SIDA.	Determina la correlación entre los factores socioculturales y las actitudes de los jóvenes ante las actitudes frente al Sexo y las enfermedades de transmisión sexual	Predisposición a realizar actividades de prevención de enfermedades de transmisión sexual	Apreciación del facilitador del taller entre buena y mala	Buena Mala

Objetivo 4: Describir las prácticas que los adolescentes investigados realizan o toman en cuenta para prevenir el VIH/SIDA.				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Prácticas de prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual	Determinar el conocimiento y la puesta en práctica de actividades de prevención de enfermedades de transmisión sexual.	Prácticas de prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual que el adolescente conoce.	Prácticas de prevención citadas por los participantes	Acertadas Erróneas
		Prácticas de prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual que el adolescente práctica.	Prácticas de prevención citadas por los participantes los cuales usa.	Acertadas Erróneas

3.7.1. Métodos y técnicas para la recolección de la información

Para la construcción del marco teórico se utilizó la revisión documental existente en la Plataforma de la Universidad Técnica Norte Biblioteca virtual, se revisó bases de datos bibliográficas como El Libro, ProQues, MENDLAINE; así como revistas científicas como Scielo, Enfermería Científica etc. Utilizando los descriptores, VIH/SIDA – Adolescencia, VIH/SIDA prevención, VIH/SIDA poblaciones indígenas.

3.7.2. Método Empírico

Fuentes primarias a través de los grupos focales se recolectó la información de acuerdo a objetivos y variables establecidas.

3.8. Análisis y resultados

Para el análisis de la información se siguió el siguiente procedimiento:

Datos Socio demográficos: Elaboración de una base de datos en Excel y tabulación de la misma, elaboración de tablas y gráficos para su análisis.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas: Para el análisis de estos datos se realizó una matriz en Excel y se procedió hacer el análisis, tomando en cuenta el posicionamiento de cada miembro de los grupos focales y la interpretación con análisis del discurso.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados y análisis.

La presente investigación plantea algunos de los cuestionamientos esenciales necesarios para la planificación y ejecución de un plan de socialización de prácticas de prevención del VIH/SIDA de los adolescentes de la Comunidad de San Clemente de la Parroquia de la Esperanza.

La metodología aplicada se ajustó de lo planteado por Escobar & Bonilla (2009) en su guía metodológica para grupos focales; sobre todo tomando en cuenta que el resultado final esperado dentro del presente trabajo, son directrices para el planteamiento un programa de socialización acerca de prácticas de prevención del VIH/SIDA, para lo cual se requiere un enfoque participativo del mismo (51).

La metodología se ajustó de tal manera que permita al evaluador calificar las actitudes del grupo en base a la escala de Likert según lo cita Varas-Díaz et al., (2015), (52); para las demás variables a identificar bastaba con calificar las ideas mencionadas dentro del taller como acertadas o erradas, lo cual nos permitió más tarde delimitar el plan de capacitación.

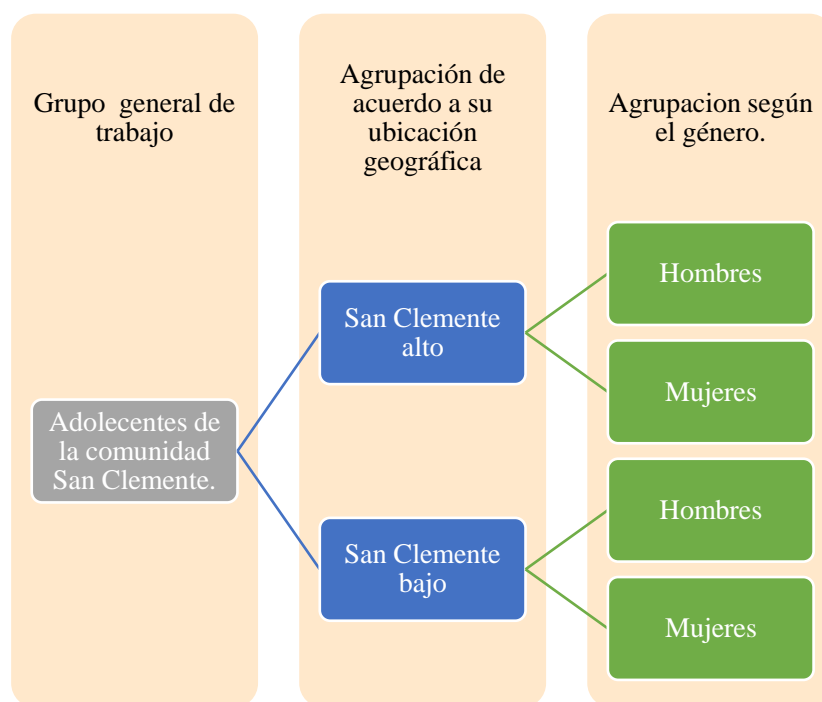
Los objetivos de la investigación y la metodología a aplicar se socializó con las autoridades de la comunidad y posteriormente se procedió a solicitar formalmente permiso al cabildo de la comunidad mediante una carta dirigida al Sr. Amado Pupiales presidente del Cabildo, quien permitió seguir adelante con la presente investigación, con la única condición de que se pida permiso formalmente a los padres de familia de los adolescentes que intervengan en los grupos focales.

Una vez obtenida la autorización, se visitó cada una de las casas de los adolescentes que participarían de la metodología planteada, para solicitar permiso de forma verbal a los padres de familia.

No se discriminó entre adolescentes estudiantes y no estudiantes, sin embargo se intentó contactar inicialmente a adolescentes líderes comunitarios, tratando de incluir a la mayor cantidad de adolescentes, dentro de los parámetros establecidos en las notas metodológicas de algunos autores, (53), (54).

El proceso de recolección de información para el presente trabajo consta de 4 grupos focales, agrupando a los adolescentes de la parte alta de la comunidad y los de la parte baja de la comunidad, éstos a su vez se dividieron en grupos entre 6 y 8 adolescentes del mismo sexo.

Cuadro 1 Organización de los grupos de trabajo



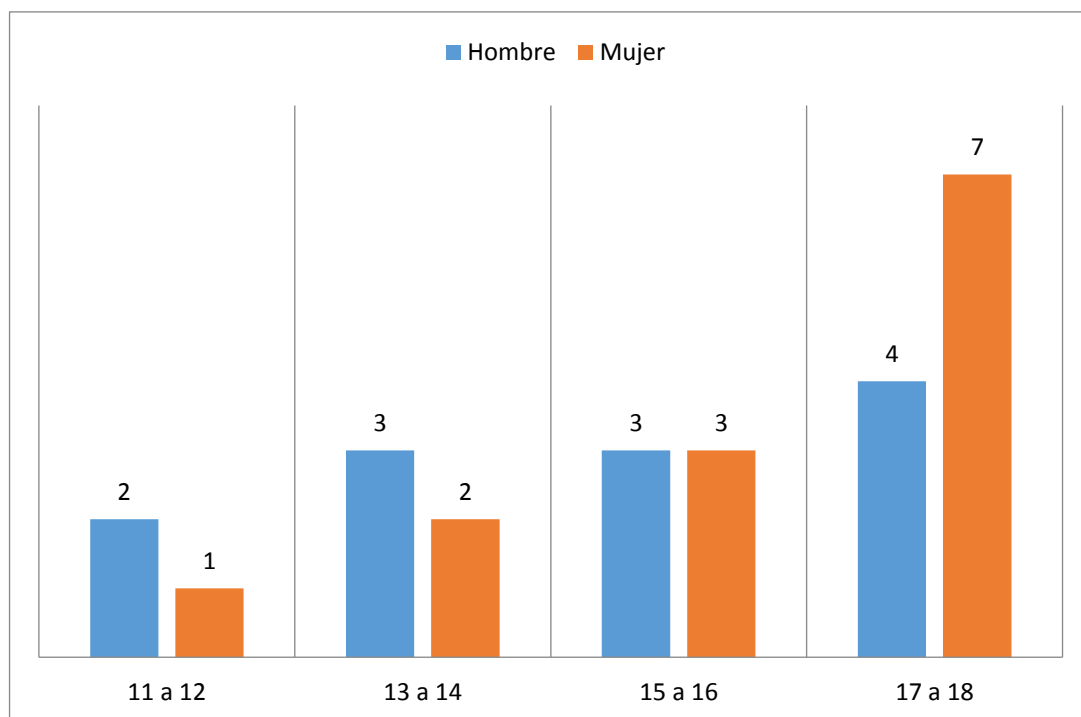
Con cada uno de los grupos conformados se organizaron dos sesiones de trabajo, cada una con un promedio de duración de 80 minutos y organizados en fechas continuas. Las sesiones se dividieron en dos partes: en la primera el conversatorio estuvo dirigido a determinar cuáles eran los conocimientos en torno al VIH/SIDA, mientras que el segundo estuvo encaminado a entender cuál es la actitud de la comunidad en torno a la sexualidad y el VIH/SIDA; para ello se utilizaron preguntas sobre supuestos. Al final de las dos sesiones se intentó establecer un mecanismo de socialización, que a la vez manifestaba un objetivo implícito, el cual fue el de empoderar a los jóvenes de las acciones propuestas y por otro asegurar su participación en las mismas.

Cuadro 2 Organización de las sesiones de trabajo.

Ubicación	Grupo	Fecha	Tema
San Clemente alto	Grupo de mujeres	3 de septiembre de 2016	¿Que sabemos acerca del VIH/SIDA?
		4 de septiembre de 2016	¿Qué hacer frente al VIH/SIDA?
	Grupo de hombres	17 de septiembre de 2016	¿Que sabemos acerca del VIH/SIDA?
		18 de septiembre de 2016	¿Qué hacer frente al VIH/SIDA?
San Clemente bajo	Grupo de mujeres	17 de septiembre de 2016	¿Que sabemos acerca del VIH/SIDA?
		9 de octubre de 2016	¿Qué hacer frente al VIH/SIDA?
	Grupo de hombres	18 de septiembre de 2016	¿Que sabemos acerca del VIH/SIDA?
		9 de octubre de 2016	¿Qué hacer frente al VIH/SIDA?

4.1. Caracterización sociodemográfica

Gráfico 1 Población distribuida por grupos de edad y sexo.



La edad promedio de los adolescentes fue de 16 años, siendo más frecuente la participación de los adolescentes entre 17 y 18 años (44% de los participantes). Se consideró la oportunidad de trabajar con estos grupos de edad ya que es la edad donde se inicia la vida sexual, como lo señala Welti, (2005), quien describe que más de 50 por ciento de cada una de las generaciones observadas en México durante el 2003 tuvieron una primera relación sexual antes de 20 años, (55).

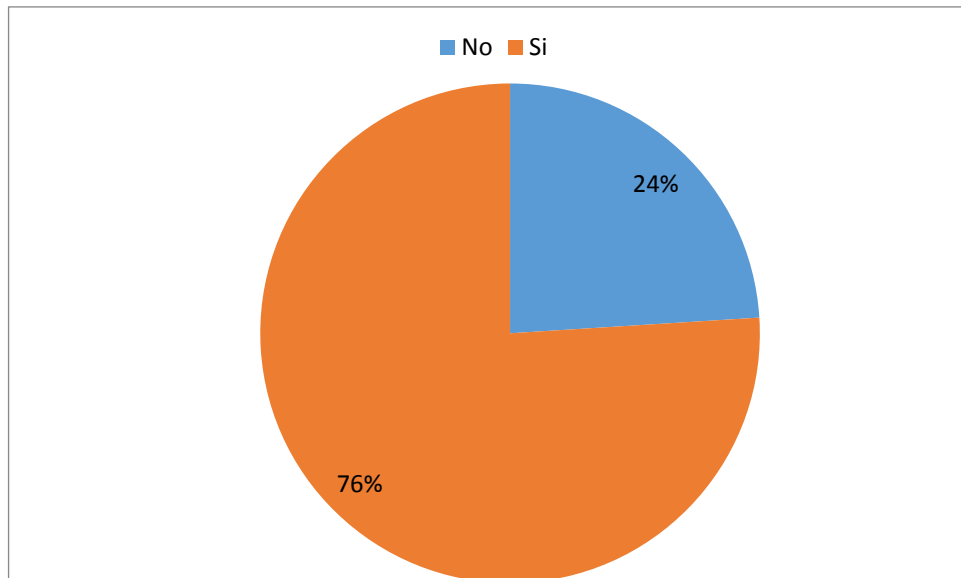
En cuanto al género de los adolescentes, no existe mayor diferencia entre los dos grupos, contabilizándose un mayor número de mujeres (52% del total) que de hombres (48% del total).

El grupo más numeroso de participantes es el de las mujeres, principalmente entre 17 y 18 años de edad constituyendo el 28 % del total de participantes en los grupos focales; lo cual también se ve reflejado en una participación mayor por parte de éste grupo.

En cuanto al estado civil de los encuestados, se evidencia que la totalidad de adolescentes son solteros.

4.2. Nivel de estudios que cursa actualmente

Gráfico 2 Población que se encuentran estudiando.



El 24% de los asistentes aseguraron que no estudiaban actualmente, por diversos motivos, sin embargo muchos de ellos consideraban los colegios a distancia como una alternativa para su desarrollo personal y referenciaban a amigos o familiares cercanos que lo habían realizado de la misma forma. La totalidad de las personas que asistieron a los grupos focales habían terminado la escuela.

4.3. Conocimientos acerca del VIH/SIDA.

Para entender toda la problemática y factores relacionados con el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA que los adolescentes poseen se realizaron un conjunto de preguntas, las mismas que para su formulación obedecieron a una matriz preestablecida (anexos), donde el primer punto a desarrollar era el de determinar o recordar algo de la información recibida por parte de los jóvenes participantes y de ésta manera ir generando confianza dentro del grupo.

Siendo la pregunta principal de esta sección el nivel de conocimientos en torno al VIH/SIDA; nos encontramos en la necesidad de determinar de antemano que conocen y como obtuvieron el conocimiento para posteriormente valorar el nivel de conocimiento en base de una escala de apreciación, que nos permita entender cuáles son las necesidades de conocimiento más urgentes dentro del grupo de estudio.

El nivel de conocimiento de la población indígena de la comunidad de San Clemente es claramente superior a la descrita por Borrás & Montalvo en el 2011 (12), sobre todo tomando en cuenta que allí se describe una población aislada, mientras que la población del presente trabajo se encuentra casi en contacto con la ciudad y por lo tanto con todos los servicios y fuentes de información básicos, al igual que se ve influenciada por sus costumbres, saberes y proyectos de los gobiernos locales.

Cuadro 3. Conocimiento de los jóvenes acerca del VIH/SIDA



La información enunciada por los adolescentes participantes en su gran mayoría, es información superficial, con algunas excepciones, sobre todo de estudiantes de bachillerato quienes manejaban ya un poco de la teoría de lo que es el VIH/SIDA.

Cuando se les preguntó a los adolescentes “¿Qué es lo que conocen acerca del VIH/SIDA?”; las respuestas más frecuentes fueron: “Es una enfermedad de transmisión sexual”, “No tiene cura”, “es una enfermedad muy peligrosa” que se encuentra “en todo el mundo”; y que afecta tanto a hombres como a mujeres.

En el caso de los adolescentes que se encuentran cursando la instrucción secundaria, se evidenciaron respuestas un tanto más elaboradas, lo que corresponde a lo aprendido en los programas de educación sexual de las instituciones educativas, respuestas como “Es una enfermedad causada por el Virus VIH”; que sus siglas significan “Virus de Inmunodeficiencia Humana”, que “es una Enfermedad de Transmisión sexual o ETS” y que “hay grupos de riesgo”, fueron algunas de las ideas citadas.

Al llegar a la idea de que se trata de una Enfermedad de Transmisión Sexual – ETS, preguntas como ¿la enfermedad se transmite solo por contacto sexual? o ¿existe otra forma de transmisión?; fueron planteadas, ante lo cual las respuestas más frecuentes fueron: “por la sangre contaminada, por los tatuajes o agujas también”, “cuando se drogan con agujas y usan la misma”, “cuando en los tatuajes se usa la misma aguja”; de la misma manera se mencionó también noticias o reportajes televisivos donde se

mencionaba casos en los que se había contagiado de forma masiva a pacientes de diálisis, ante lo cual se preguntó: ¿Qué creen ustedes que sucedió en éste caso?, ante lo cual Ana (18 años) respondió; “los doctores se equivocaron y usaron las mismas cosas para todos los pacientes”, que eso era lo que había escuchado en “las noticias”, y que “habían muchos contagiados”. Las ideas planteadas requirieron explicación, sobre todo dando a conocer que existen protocolos a ser seguidos por las instituciones de la salud para evitar todo tipo de contagio tanto para otros pacientes como para el personal que labora en las instituciones; destacar la importancia de los exámenes solicitados y la comunicación oportuna. Se anotaron además algunos datos estadísticos y de estudios previos, como el de Gil, Navarro, Casanovas, Rubio & Dols, donde se detalla que la prevalencia de la infección de VIH para adictos a las drogas por vía parenteral fue de 36,8% en un estudio realizado en el 1999 en Valencia - España, 24,1% para heterosexuales y de 9,5% para Heterosexuales, (56).

Una de las confusiones más frecuente es el hecho de asumir como sinónimos al VIH y al SIDA, y con esto pensar que la enfermedad se manifiesta inmediatamente después de que la persona es contagiada. La importancia de esta diferenciación nos permite explicar que una persona infectada con VIH no necesariamente puede presentar el síndrome, pero si puede ser un portador y por lo tanto contagiar a otras parejas sexuales, sin que el paciente sea consciente de ello; lo cual al ser explicado generó aún más preguntas, como las que se describen a continuación: ¿eso es a lo que se refieren con VIH positivo y VIH negativo?, ¿puedo llevar una vida normal, así tenga VIH?, ¿Cómo se debería hacer para saber si tengo VIH, sino presento los síntomas del SIDA?, ¿cómo hacen los médicos para saber que un paciente tiene VIH en casos de emergencia?, entre otras, que dejaron entrever el vacío de información que aún existe en los adolescentes.

Dentro del conversatorio una de las ideas que escapaba de la mente de los adolescentes es el hecho de que es posible evitar el contagio Madre – Hijo, siendo casi nulo el conocimiento al respecto por parte de los residentes de la comunidad, pese a que algunas de las adolescentes mujeres habían tenido la oportunidad de ser madres.

Por otra parte no ha quedado claro aún cual debería ser el proceso en caso de haberse contagiado con la enfermedad, cuales son las posibilidades que ofrece la medicina actual.

Los resultados expuestos coinciden con los expresados por otros autores como: Guchin Mieres, Mónica; Meré Rouco, Juan José en el 2011 (57), Borràs, Puig ; Montalvo, P. (2011) (12), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (2011) (5); y Family CARE Internacional, FCI/Ecuador, Interarts, ECUARUNARI, FLACSO en el 2009 (58), quienes en resumen describen una problemática similar a los resultados obtenidos por el presente trabajo. El trabajo aún pendiente por desarrollar es entender si tanto el nivel de desconocimiento, la información confusa, es causada por el aislamiento de los centros poblados, por lo tanto por una deficiente educación o se limita a factores culturales, de idioma o creencias.

Otras ideas confusas se originaron en torno vías de contagio diferentes a la transmisión sexual, como por ejemplo, el hecho de asumir que el VIH/SIDA puede transmitirse mediante la saliva o por un estornudo como se puede apreciar en el siguiente extracto del audio registrado:

- *¿Será posible contagiarse con VIH/SIDA, a través de un beso?, ¿Qué opinan ustedes? – pregunta la investigadora.*
- *Si – responde Martha,*
- *¿Qué opina el resto? - insiste la investigadora, ante lo cual es grupo parece asentir a ésta idea.*
- *Yo creo que si porque en la televisión se mira que los enfermos de SIDA, salen con mascarilla, yo creo que es para no contagiar a las demás personas – responde Sisa.* (Transcripción de audio registrado por el autor)

Estas confusiones parecen ser frecuentes; la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (2011), describen confusiones similares a las expresadas por los adolescentes de la comunidad presente trabajo, aunque distan en cuanto a número, posiblemente, por la diferencia de metodologías (entrevistas); sin embargo, la comparación nos permite atribuir las al desconocimiento propio de los adolescentes más que a las condiciones geográficas o posiblemente a nivel de zonas rurales en Latinoamérica, independientemente de su auto identificación (5).

Aunque muy poco frecuente también se tiende a confundir entre métodos anticonceptivos y barreras de protección ante enfermedades de transmisión sexual. Pese a que muchas de las personas asistentes mencionaron al condón como método para prevenir enfermedades de transmisión sexual a la vez que el método anticonceptivo más eficaz. Cuando se apreció ésta confusión se planteó la pregunta directamente: “¿Los métodos anticonceptivos son lo mismo que las barreras de protección ante enfermedades de transmisión sexual?”, ante las respuestas fueron “Sí” aunque un muy pocos de los casos.

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (2011) describe una situación similar y en algunos casos evidenciada como despreocupación por estos temas. En este aspecto también se puede mencionar que debido a que el uso del preservativo al ser la barrera más eficiente contra el VIH/SIDA y a su vez el método anticonceptivo más práctico, su nivel de uso puede ser evidenciado en la incidencia de embarazo adolescente o de embarazos no planificados o no deseados.

Pese a que la metodología no nos permite obtener una apreciación cuantitativa más exacta del nivel de conocimiento que tienen los adolescentes de la comunidad, pero si determinar cuáles son las áreas de conocimiento donde existen deficiencias o confusiones. En términos generales se podría argumentar que existe un nivel de conocimiento aceptable, con algunos vacíos claramente necesarios para prevenir la enfermedad al igual que para enfrentarla.

Cuadro 4 Información mencionada y temas pendientes por desarrollar

Temas	Información Mencionada	Temas por desarrollar
Conceptos generales	- Enfermedad de Transmisión sexual.	- ¿Qué es VIH? - ¿Qué es SIDA? - ¿Qué es VIH positivo? - ¿Por qué es importante conocer? - Estadísticas relevantes a nivel nacional
Prevención	- El uso del Preservativo	- Las vías de transmisión. - Uso del preservativo (ampliar información) - Grupos de riesgo
Tratamiento	No existe cura	- ¿Existe tratamiento? - ¿Qué hacer frente a la enfermedad? - ¿Cómo evitar el contagio vertical madre - hijo?

La principal fuente de información citada en las conversaciones son las clases impartidas en las instituciones educativas. Este tipo de información suele ser generalmente de tipo científico y enfocado principalmente a datos sobre la virología y estadísticas mundiales, sin embargo en la mayoría de los casos carece de bases para su aplicación práctica y en otros de información actualizada. Los jóvenes confían en dicha información, “Ellos si saben del tema, el centro de salud son los que deberían hacer esto, pero no llegan, o sea si han ido alguna vez pero no es siempre”

Se menciona también a los medios de comunicación, como Radio y TV, con las características propias, como la informalidad con la que se maneja la información sobre todo a nivel nacional, la intermitencia de la misma y la poca fiabilidad. Muchos de los asistentes incluso aseguraron haber aprendido algunas de los conceptos recordados de novelas televisadas.

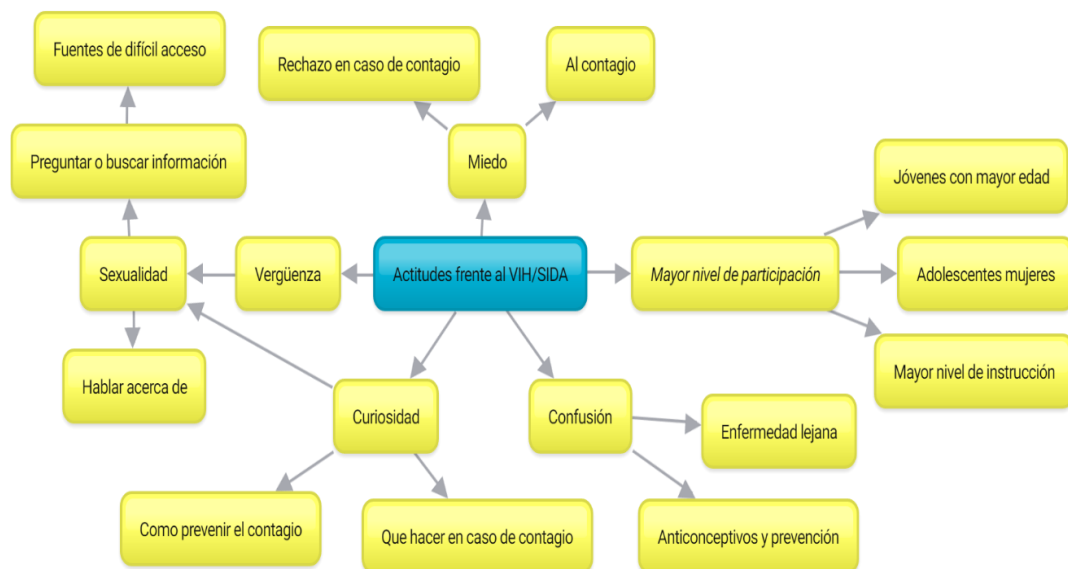
Cuando se preguntó a los asistentes si hablaban acerca de estos temas con los padres de familia, la respuesta más frecuente fue “No” y su razonamiento correspondía a que los padres de familia no conocían acerca del tema y por lo tanto resultaba poco infructuoso el esfuerzo de recurrir a ésta información mediante sus padres de familia, no así con sus amigos, sobre todo considerando aquellos que no se alejan mucho de su rango de edad, sin embargo esta constituye algunas de las fuentes más habituales de confusión.

En el caso del internet fue muy poco la aceptación y el uso para éstos fines que los adolescentes de la comunidad mencionaron, lo cual nos lleva a pensar en que no es una fuente de consulta frecuente en lo que se refiere a los temas de sexualidad.

La información más confiable según los participantes lo constituyen los dispensarios de salud, como sub centros, centros y hospitales, sin embargo, existe aún la barrera; Ruth (16 años) “es más difícil llegar al centro de salud, solo por preguntar, porque los médicos allá atienden a los enfermos no a los sanos, pero ellos si van a las escuelas a hablar de éstas cosas” entendiéndose por lo tanto que constituye al menos para los participantes una fuente a la cual es muy difícil acceder, pero muy confiable según lo categorizan los adolescentes.

4.4. Actitudes frente al VIH/SIDA

Cuadro 5 Actitudes frente al VIH/SIDA



De cierta manera las barreras culturales son cada vez menos importantes, sobre todo en comunidades que aunque en el ámbito administrativo podrían considerarse como dispersas, poseen una interacción cultural frecuente y no solo con los centros poblados más cercanos, si no con todo el planeta mediante el internet, y las demás telecomunicaciones.

De allí que muchas de las actitudes y conductas sobre todo en los más jóvenes tienden a ajustarse a una determinada corriente. Esto repercute de alguna manera sobre las actitudes de los adolescentes hacia temas de interés mundial.

La participación más significativa de los asistentes tal vez por el tiempo o predisposición propia fue la del grupo de mujeres de 17 a 18 años de edad, que sin lugar a dudas fue mayor a la de los demás grupos, tanto en número y calidad de intervenciones; sin embargo dentro del grupo de hombres de la misma edad también se pudo observar una participación muy interesante pese a que constituían un grupo más pequeño.

A diferencia de lo descrito por Mogrovejo 2011 (59) y tal vez en el caso particular del presente trabajo, se evidencia una actitud diferente entre géneros, tal vez influenciado por la edad de los grupos con los cuales se trabajó; en resumen se podría decir, que las mujeres jóvenes se presentaban más predispuestas a hablar y preguntar acerca del tema, que el grupo masculino, y de la misma manera las personas cuyas edades se acercaban al rango superior (17 años en promedio), participaban de forma activa dentro del grupo de trabajo, compartiendo incluso con humos su percepción y opiniones acerca del tema.

Otro de los factores importantes corresponde al nivel de conocimientos, determinado por el nivel de instrucción y con ello su predisposición a participar en conversaciones acerca del tema, una limitante que fue claramente evidente, limitando la participación de los jóvenes que aún no tenían o no estaban cursando la instrucción secundaria. La importancia de la educación para la prevención del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, al igual que el embarazo adolescente goza de una importancia tal, que en muchos países, se ha empezado a hablar de “*Analfabetismo Sexual*”, prestando atención al hecho de que en muchos de los programas educativos no se brinda el espacio y recursos necesarios para la enseñanza en temas relacionados con la sexualidad y por lo tanto permitiendo que ese vacío de conocimiento aumente peligrosamente el riesgo de contagio de enfermedades como el SIDA, cuyas cifras alcanzan los 1000 casos nuevos al día en todo el mundo sobre todo para jóvenes entre los 15 y 24 años, según cifras del 2015, (60).

En el caso de los adolescentes jóvenes se evidenció cierto nivel de timidez sobre todo con temas relacionados con la sexualidad, lo cual deja entrever que no se ha generado la debida confianza tanto en el hogar como en las instituciones educativas aun, situación superada ya por los participantes de mayor edad: como resultado de esto se formularon preguntas como; ¿que sentían al hablar acerca de éstos temas?, o si sentían cómodos al hablar de estos temas, ante lo cual varios jóvenes manifestaron que estaba bien hablar de estos temas; “para que nosotros aprendamos más” - David (14 años), “nos ayuda a recordar lo que se aprendió en el aula” agregó también. Comentarios similares se presentaron en los demás grupos dando lugar a intuir que los adolescentes

de la comunidad se encontraban dispuestos a dialogar al respecto, pero que aún se debía generar la confianza del caso.

Cuando se les preguntó a los grupos de trabajo acerca de cuáles son las fuentes de información que preferían, algunas de las respuestas apuntaban a que el aula de clase es el lugar idóneo para la enseñanza incluso de éstos temas, pues según la opinión de los jóvenes la información desarrollada en el aula de clase es la que goza de mayor credibilidad para ellos, les brinda una mayor seguridad para hacer preguntas y les facilita la información de forma regular, lo que no sucede en las demás fuentes de información.

En el caso de las campañas realizadas por los centros de salud locales, los estudiantes se muestran muy predispuestos participar de éstas, sin embargo Ana (18 años), señala que las campañas son poco frecuentes, “hay campañas de Ministerio de Salud, pero son de vez en cuando” añade además “ir a preguntar también es difícil, no porque ellos no quieran explicarnos, sino porque ir hasta el centro de salud solo para preguntar no nos parece bien, porque los Doctores deben tener sus pacientes”.

Una de los hechos preocupantes es el que los jóvenes no pueden mantener una conversación con sus padres debido a la falta de conocimiento de los mismos; “si queremos hablar con nuestros padres pero ellos no tienen los conocimientos que por ejemplo tiene un licenciado del colegio”, asegura Andrés (16 años), haciendo notar que existe un cierto nivel de “Analfabetismo sexual” por parte de los padres de familia de la comunidad, lo cual también terminaba perjudicando a los jóvenes, impidiendo que ellos puedan hablar abiertamente con sus padres.

Una vez superada la timidez, los adolescentes manifiestan claramente una curiosidad propia de su edad en todo lo que se refiere a la sexualidad y dentro del tema de la temática dos temas son los que llaman más la atención en los adolescentes, el primero es como evitar el contagio de la enfermedad. Este cuestionamiento fue más evidente en las mujeres que en los hombres; “nosotras las mujeres por lo general somos fieles, pero con los hombres no se sabe” manifiesta Sisa (16 años), “además, son los hombres

quienes van a esos lugares como los prostíbulos y es difícil saber, si ellos van o no”, dejando por sentado que los hombres son quienes enfrentan un mayor riesgo de contagio, sobre todo relacionado a sus conductas sexuales. Estadísticas ofrecidas por la Fundación VHIDA 2014 señalan que tan solo en Guayas, existieron alrededor de 1680 nuevos casos de VIH en el 2011, de los cuales el 63% correspondían a nuevos casos del sexo masculino, mientras que de los 710 casos de SIDA, el 71,8% corresponden al sexo masculino, (61).

Por otro lado motivado también por la metodología planteada, existió un gran gesto de curiosidad cuando se mencionó acerca del tratamiento antirretroviral, pues éste era un dato desconocido por los asistentes, al igual que el procedimiento que debería seguir alguien que ha sido contagiado y que pese a que mucha información ha sido abordada dentro del aula de clase se ha dejado de lado a los nuevos avances en el tratamiento; al igual que como actuar en caso de contagio.

Cuando a los adolescentes se les pregunto cómo deberían actuar en caso de ser contagiados con el VIH/SIDA, muchos manifestaron no saber cómo actuar; “yo no sabría qué hacer” dijo Zulema (14 años), “lo primero que haría es avisarles a mis papis” dijo Ana (18 años), “yo me muero, que miedo” dijo Andrés (16 años).

Por otro lado, a diferencia de lo que expone Bravo en el 2002 en México (10), la actitud hacia el supuesto de que alguien de la comunidad se contagie con VIH/SIDA, según los criterios de los asistentes no limitaría la interacción social, pese que a criterio de los adolescentes, se estima que por desconocimiento sobre todo de los adultos entre los cuales se incluyen los mismos padres de familia existiría cierto recelo; “los más mayores de pronto ellos pueden sentir recelo de tener contacto con las personas contagiadas, pero la comunidad siempre se apoyan unos a otros” manifestó Jhonatan (15 años).

Por último se puede anotar también la creencia de que el VIH/SIDA es una enfermedad propia de las ciudades más pobladas e incluso de países con mucha mayor densidad poblacional, lo cual predispone a los jóvenes a pensar que nos encontramos alejados

ante esa realidad incluso como país, provincia o ciudad, quedando en muchos de los casos, sobrentendido, que no estamos aún expuestos a un riesgo eminente de contagio.

4.5. Las prácticas de prevención

Cuadro 6 Prácticas de prevención



Uno de las respuestas frecuentes cuando se habló acerca de las prácticas de prevención es el uso del preservativo, lo cual constituye uno de los aciertos más significativos de las campañas de prevención de la enfermedad, llegando a ser considerada por los adolescentes, con información adicional correcta, ideas como; “el preservativo es el único método, o si no es el único método si el mejor que se tiene ante el SIDA”, “el preservativo es el mejor método para evitar todas las enfermedades de este tipo”, fueron algunas de las ideas manifestadas por los asistentes. Según ONUSIDA 2009, el preservativo es un elemento clave de las estrategias combinadas de prevención y seguirán siendo por muchos años el principal método de prevención, (62).

Claramente la metodología aplicada no nos permite obtener una aproximación real de los conocimientos en cuanto al uso del preservativo y aún más detalles, sin embargo se podría argumentar que más de la mitad de los adolescentes participantes en los grupos focales, han manifestado algún conocimiento al respecto, es posible que las cifras expuestas en el presente trabajo superen en gran medida a los datos expresados en Paraguay según lo que expresan Benítez, Rossana, Paiva, & Martínez, (63), donde

la mitad de los participantes manifestaban algún conocimiento acertado al respecto. Existe la noción de que el mejor método de prevenir enfermedades de transmisión sexual es el uso del preservativo, sin embargo aún existen detalles que no son bien comprendidos, como el uso correcto del mismo; por ejemplo pocos participantes habían notado que los condones poseen una fecha de caducidad, y no la han considerado aun como un requisito el revisar previamente antes de usarlo; y mucho menos el hecho de revisar la calidad del empaque, de allí que esto constituye un vacío de conocimiento importante por superar.

Aunque existe cierto nivel de controversia en cuanto a la eficacia del uso del preservativo femenino, se decidió incluir esta idea dentro de los grupos focales. Como resultado de la introducción de ésta idea varias reacciones y preguntas se originaron, la primera es el nivel de desconocimiento que existe en cuanto a su existencia, sobre todo por parte del grupo de asistentes femenino. Las adolescentes desconocían de la existencia del condón de uso femenino, ante lo cual, surgieron muchos cuestionamientos; ¿Cómo es?, ¿Cómo se usa?, ¿Están eficaz como el preservativo masculino?, ¿Existe ya en el Ecuador?, entre otras fueron las preguntas más frecuentes. Por otro lado características y datos que podrían ser de interés para los adolescentes aún no se han abordado, como el porcentaje de eficacia de los preservativos, cuando es mal o bien usado, consejos adicionales como el uso de lubricantes adecuados, otras prácticas sexuales, entre otros temas que resultan de interés adicional para los jóvenes y que tienen en mayor o menor medida que ver con el uso del condón. En algunos casos esta información puede ser una de las puertas de entrada para hablar de temas más específicos.

Actualmente es necesario considerar que al hablar del uso de preservativos, deben considerarse aquellos de uso masculino que los de uso femenino, pues según lo manifiesta UNFPA 2012, estos ofrecen en términos estadísticos una protección similar, con la ventaja de que su uso queda sujeto a la decisión de la mujer, (64).

Se pudo escuchar también de los adolescentes de que “la mejor forma de prevención es el preservativo”, llegando algunos de ellos a enumerar algunas de las características

que éstos deben tener para ser utilizados e incluso su forma de uso de forma muy precisa. Sin embargo existieron algunas confusiones con respecto a este tema.

Cuando se abordó el tema de la sangre contaminada; muy pocos fueron los aportes por parte de los participantes, los cuales se limitaron a enumerar, los problemas relacionados con el uso de drogas y el de las prácticas como los tatuajes; “también están en riesgo los que consumen drogas que se inyectan” participó Rubén (14 años) “y los que usan tatuajes”. Adicionalmente una de las ideas que salió a la luz es la de que existían casos de contagios masivos que habían sido reportados por la prensa nacional, como el caso de contagio de los 31 pacientes de diálisis en una clínica privada en Guayaquil.

También se anotó aunque en muy pocos casos que se debe evitar compartir cepillos y cuchillas de afeitar, pues éstos en muchos de los casos pueden llevar consigo sangre contaminada.

Uno de los temas desconocidos del todo es el tratamiento antirretroviral, el cual no fue mencionado en ninguno de los casos y la ventaja que esto puede suponer en la prevención del contagio madre-hijo; cuando se les pregunto a los asistentes si habían oído hablar acerca de esto, las respuestas fueron negativas en todos los casos, lo cual indica un vacío del conocimiento en éste aspecto. Evitar el contagio madre-hijo consistió un tema de mucho interés para el grupo femenino, sobre todo para aquellas que habían sido madres, relacionándolo inmediatamente con los exámenes requeridos en las instituciones de salud.

El uso de antirretrovirales para evitar el contagio vertical puede reducir el riesgo hasta en cifras inferiores al 5% de que los infantes contraigan la enfermedad, que de otro modo se enfrentarían a un riesgo de entre el 15 y el 45% de contraer la enfermedad a causa de las madres seropositivas durante el embarazo, parto o lactancia, (65).

Otro de los vacíos evidenciados en la población adolescente de la comunidad San Clemente, es el proceso que deben seguir las personas cuando han dado resultado seropositivo.

Ante la pregunta “¿Qué demos hacer en caso de ser contagiados con VIH/SIDA?”, muy pocos adolescentes participaron, argumentando como primer paso el decirlo primero a sus padres, ir al médico y en muy pocos de los casos entrar en contacto con sus parejas sexuales, para evitar que la enfermedad se siga diseminando.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

1. En la comunidad San Clemente de la parroquia La Esperanza, la edad y el género serían los factores que más influiría sobre las actitudes de los adolescentes frente a temas relacionados con la sexualidad, es el grupo que muestra una mayor predisposición para hablar acerca de temas relacionados con temas de sexualidad son el de mujeres entre los 15 y 18 años de edad.
2. Existe grupos cuyo nivel de conocimiento es aceptable acerca del VIH/SIDA en la comunidad, existiendo algunas confusiones y vacíos en otros. El nivel de instrucción de los adolescentes y el analfabetismo sexual tanto de ellos mismos y de sus padres es uno de los factores de riesgo importante a tomar en cuenta dentro de los programas de socialización a implementar. Esto ha limitado la posibilidad de que exista un nivel de comunicación mayor dentro del núcleo familiar, obligando a los adolescentes a buscar otras fuentes de información, lo cual en gran medida ha sido suplantada por los programas de las instituciones educativas, abordados desde el punto de vista científico mas no preventivo, con sus propias limitantes.
3. El grupo de adolescentes mujeres de 15 a 18 años muestran una mejor actitud ante el tema, sin embargo se identificaron ciertas actitudes que podrían influir sobre el nivel de riesgo al cual se enfrentan los adolescentes ante el VIH/SIDA como: el nivel de desconfianza en tratar dentro del núcleo familiar de temas relacionados con la sexualidad,

recelo ante la necesidad de información y a acudir a las fuentes de información, una percepción del riesgo disminuida.

4. El uso correcto de los preservativos tanto de uso masculino como femenino es la práctica más comentada, sin embargo se identificaron algunas confusiones que pueden representar un peligro para los adolescentes, relacionado principalmente con el uso adecuado del condón y desconocimiento casi en total del preservativo femenino.
5. Existe una necesidad marcada de la comunidad en abordar temas referentes a la sexualidad en general que incluyan al núcleo familiar como publico meta, los cuales deben ser planificados considerando las características propias de la comunidad, sus costumbres y sus reglas.

5.2. Recomendaciones

1. Se considera necesario desarrollar un estudio cuyo ámbito de acción se centre en la misma comunidad objeto del presente trabajo y cuyo enfoque sea el de determinar el nivel de analfabetismo sexual en la comunidad.
2. Pese a que se describe como un objetivo a nivel nacional, debe hacerse hincapié en el hecho de que las unidades en salud apliquen el modelo de atención con énfasis en la prevención; particularmente en la comunidad San Clemente es necesario considerar el uso correcto del preservativo tanto masculino como femenino dentro de los resultados del aprendizaje a planificar.
3. Todos estos temas deben ser tratados en la comunidad, donde la gente ama, vive y se desarrolla, por lo cual las unidades operativas deben procurar estar en contacto con los usuarios, lo cual permitiría a su vez mejorar las aptitudes de la comunidad en general ante temas complejos como la sexualidad y la prevención de ETSs.
4. Que los Técnicos de Atención Primaria en Salud –TAPS, deben abordar éstos temas, con la finalidad de que el SIDA no sea concebido como algo del pasado o propio de las grandes ciudades, sino como un problema latente y que debe ser tomado muy en cuenta por todo el núcleo familiar ante lo cual es necesario considerar las metodologías idóneas para cada grupo etario.
5. Se recomienda la elaboración de un plan de socialización que agrupe tanto a los adolescentes de la comunidad como a la población adulta de la misma, todo esto con la finalidad de poder generar el conocimiento necesario dentro en el hogar, que permita a su vez que temas como los de la sexualidad se conversen abiertamente dentro del núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. VIH/SIDA. [Online].; 2015 [citado el 2016 mayo 28. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.
2. Izazola J. FUHEM. [Online].; 2013 [citado el 2016 mayo 28. Disponible en: http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/96/cuanto_se_necesita_IZAZOLA.pdf.
3. UNAIDS. Ficha informativa 2015. [Online].; 2015 [citado el 2016 Mayo 28. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>.
4. FCI. Family Care Int. [Online].; 2007 [citado el 2016 mayo 27. Disponible en: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/FCI%20%20LAC-%20%20Pueblos%20ind%EDgenas%20ITS%20VIH%20y%20SIDA_optimized.pdf.
5. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Informe Final de la Consulta sobre VIH-SIDA y Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas. México: <http://www.cdi.gob.mx>, CDI; 2011.
6. NOTIMEX. Zócalo Saltillo. [Online].; 2016 [citado el 2016 mayo 28. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/migracion-factor-de-riesgo-para-adquirir-vih-en-comunidades-mayas-145321714>.
7. MSP. Transformación de infraestructura y equipamiento atrae a profesionales de la salud. [Online].; 2013 [citado el 2016 mayo 29. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/transformacion-de-infraestructura-y-equipamiento-atrae-a-profesionales-de-la-salud/>.
8. Vera L, López N, Orozco L, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y practicas sexuales de riesgo para adquirir infecciones por VIH en jovenes. In Acta méd; 2001; Colombia. p. 16-23.
9. Narváez Pineda A, Balladares Moreira F. Conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres con relación a las ITS/VIH-SIDA Nicaragua: Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2004.

10. Bravo BG. Conocimiento y actitudes del adolescente hacia el VIH/SIDA Nuevo León: México; 2002.
11. Pavía Ruz N, Góngora Biachi R, Vera Gamboa L, Moguel Rodríguez W, González Martínez P. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Rev Biomed.* 2012;(23): p. 53-60.
12. Borràs , Montalvo P. Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos*, (35). 2011;; p. 41-58.
13. GAD La Esperanza. Actualización del PDOT GAD La Esperanza Ibarra; 2015.
14. Langlais R, Miller C, Nield J. Atlas a color de enfermedades transmisibles 2 Estados Unidos: Primera Edición, Editorial El Manual Moderno; 2011.
15. Pacheco Brito M, Quituisaca Verdugo N, Tepán Lojano M. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el VIH-SIDA en los adolescentes del Colegio César Andrade y Cordero, Cuenca 2011. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2011.
16. Quillupangui E, Elizabeth Y. Prevalencia de la coinfección de tuberculosis en pacientes VIH positivo. período enero 2012-febrero 2013 UCE , editor. Quito: Tesis de licenciatura; 2015.
17. Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. SIDA Historia de una nueva enfermedad República Dominicana; 2006.
18. Langlais R, Miller C, Nield J. Atlas a color de enfermedades transmisibles Estados Unidos: Primera Edición, Editorial El Manual Moderno; 2011.
19. Fernández Ruíz G. MIGRACIÓN Y VIH/SIDA.
20. Ayala Portillo H, Escobar Espinoza K. “Descripción del VIH-SIDA y su incidencia en el estado de ánimo, problemas de ansiedad, depresión y deterioro de relaciones sociolabores en personas diagnosticadas” Antiguo Cuscatlán: DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO; 2015.

21. Solórzano E. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH–SIDA en mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito: Julio 2009. Quito; 2009.
22. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. SIDA: Aspectos de Salud Pública. Primera ed. Morelos: CENSIDA; 2006.
23. INFOSIDA. Visión general de la infección por el VIH. [Online].; 2016 [citado el 2016 Septiembre 9. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>.
24. Montenegro Torres DV. Conocimientos Y Prácticas Sobre Formas De Prevención De Its (Infecciones De Transmisión Sexual) Vih-Sida En Los Estudiantes Del Colegio Particular San Juan Bautista Del Cantón Catamayo Periodo Noviembre/2009-ABRIL/2010; 2010.
25. Vásquez P, Maribel C. Prevalencia de pacientes con VIH/SIDA que presentan infecciones oportunistas atendidas en el Hospital General Isidro Ayora durante el periodo 2007-2015 Quito; 2016.
26. Antela A. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe. Washington.
27. CESIDA. VIH y el SIDA. [Online]. [citado el 2016 Diciembre 14. Disponible en: <http://www.infosida.es/que-es-el-vih/transmision-del-vih>.
28. Villa I, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. Psicología y salud. 2014; 16(1).
29. Tapia JA. Lo que tú necesitas saber sobre VIH y SIDA: manual para las personas que viven con VIH y sus familias; 2013.
30. www.valencia.es/. [Online].; 2008 [citado el 2016 03 19. Disponible en: [http://www.valencia.es/ayuntamiento/drogodependencias.nsf/0/C329A43165DF4D73C12575740043F84B/\\$FILE/SidaCast.pdf?OpenElement](http://www.valencia.es/ayuntamiento/drogodependencias.nsf/0/C329A43165DF4D73C12575740043F84B/$FILE/SidaCast.pdf?OpenElement).
31. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. Rev. chil. infectol. 2015.

32. Browder Lazenby R. Fisiopatología Estados Unidos : Primera Edición, Editorial El Manual Moderno; 2012.
33. Rodríguez da Silva A. Marcadores moleculares en la identificación de genotipos asociados a la progresión de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana tipo i (VIH-1) y su utilidad en la práctica clínica Vigo; 2015.
34. Betancourt Rodríguez CF, Pinilla Alfonso MY. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. [Online].; 2009 [citado el 17 mayo 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-927420110001000006&script=sci_arttext.
35. Rathe M, Lora D, Rathe L, Santo Domingo R. Impacto socio económico del VIH-SIDA en el sector turístico de la Republica Dominicana: un estudio de caso en la costa Este. [Online].; 2003 [citado el 12 mayo 2016. Disponible en: http://www.fundacionplenitud.org/cvi2/images/SIDA/IMPACTO_PUNTA_CA NA.pdf.
36. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-Sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C.; 2003.
37. Ponce P, Núñez Noriega G. Pueblos indígenas y VIH-Sida. [Online].; 2011 [citado el 2016 Mayo 14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-927420110001000001&lng=es&tlng=es.
38. UNICEF, UNESCO-OMS. El VIH/SIDA en Venezuela. Análisis de la situación y recomendaciones Venezuela; 1998.
39. Blanco Cedres L, Pérez Rancel M, Osuna Z. VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual. Gaceta Médica de Caracas. 2005;; p. 113(3), 372-378.
40. UNICEF. Encuesta de linea base sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre salud sexual Y VHI/SIDA en niños, niñas y adolescentes en DAJABÓN Y WANAMENT. Santo Domingo;; 2006.

41. Uribe Zúñiga P, Magis Rodríguez P, Bravo García E, Gayet Serrano E, Villegas Icazabalceta L, Hernandez Tepechin G. El SIDA en las mujeres: logros y asignaturas pendientes. *Perinatol Reprod Hum.* 2003;; p. 17(4), 255-270.
42. Rodríguez A. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos.: Editorial de la Universidad de Granada.; 2005.
43. Rico DM, Perea Gil LF. Los relatos de mujeres que participan en relaciones simétricas de pareja con violencia de pareja; 2011.
44. Martínez M. Adolescentes y VIH/Sida. Quito; 2005.
45. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llario MD, Ballester Arnal R. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica.* 2007;; p. 25(1), 39-50.
46. Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F, et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública.* 2001;; p. 10(2), 86-94.
47. VIH-Ronda. Para la contrucción del buen trabajo en las relaciones con los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH en el Ecuador.; 2012.
48. CENSIDA. Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas México: Primera Edición, Editorial Secretaría de Salud; 2008.
49. González P,PJM,&BMJ. Tratado de psicología del trabajo. Calidad de vida laboral. 1996;; p. 2, 161-186.
50. UNAIDS. El SIDA en cifras 2015. [Online].: UNAIDS; 2015 [citado el 2016 mayo 17. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf.
51. Más de 31 mil personas son portadoras del VIH en Ecuador. 2015 diciembre 01.
52. Día de la Lucha contra el SIDA. 2015 diciembre 01.
53. MSP. Médicos piden más prevención para frenar el VIH en Ecuador. [Online].; 2015 [citado el 2016 Mayo 19. Disponible en:

<http://www.redaccionmedica.ec/noticia/37-mil-casos-de-vih-se-reportan-en-ecuador-86801>.

54. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Quito-Ecuador Quito; 2008.
55. PNBV. Plan Nacional del Buen Vivir; 2009.
56. WMA. Asamblea Médica Mundial (World Medical Association). [Online].; 2013 [citado el 2016 Marzo 12. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
57. Registro Oficial Suplemento 423. Ley Organica de la Salud; 2010.
58. MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS; 2012.
59. ONUSIDA. Manual de Derechos Humanos, Normativa Jurídica y VIH; 2015.
60. Escobar J, Bonilla F. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. 2009; 9(1): p. 51-67.
61. Varas-Díaz N,SA,PFN,CVI,DMR,CCIL.&RSE. Desarrollo de una Escala para Medir el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental en Puerto Rico. [Online].; 2015 [citado el 2016 Noviembre. Disponible en: <http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/228/214>.
62. Bello-Villanueva AM,OTO,VVP,OÓ,RDM,CAK,&PP. Presentación de una escala para evaluar actitudes y creencias sobre la sexualidad reproductiva en adolescentes varones de la región Caribe colombiana.. [Online].; 2014 [citado el 2016 Noviembre. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672014000100005.
63. Ramos CP. VIH-SIDA Y Sexualidad: Estudio En Un Grupo De Adolescentes. [Online].; 2015 [citado el 2016 Noviembre. Disponible en: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/472.
64. Welti Chanes. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles de población. 2005; 11(45): p. 143-176.

65. Gil RA, Navarro IH, Casanovas AE, Rubio CS, Dols ST. Prácticas de riesgo y seroprevalencia al VIH, VHB y VHC en los pacientes del Centro de Información y Prevención del SIDA de Valencia. Gaceta Sanitaria. 1999; 13(1).
66. Guchin Mieres M, Meré Rouco JJ. Jóvenes, Sexualidad y VIH/SIDA en el Uruguay Montevideo: Instituto IDES, UNESCO; 2004.
67. Family CARE Internacional, FCI/Ecuador, Interarts, ECUARUNARI, FLACSO. En la Intimidad del Buen Vivir. Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS, VIH, SIDA de los pueblos indígenas del Ecuador Ecuador: Abya yala; 2009.
68. Mogrovejo L. Modelo de programa de educación y difusión en salud sexual y reproductiva, con el enfoque intercultural para adolescentes, en la comunidad de Gualaquiza, Otavalo, Imbabura Otavalo; 2011.
69. Collyer P. Analfabetismo sexual, el mal que pone en riesgo la salud de los jóvenes chilenos.. Emol. 2016 Octubre.
70. Fundación VIDHA. Casos 2011. [Online].; 2014 [citado el 2016 Diciembre 26]. Disponible en: www.vidha.org.ec/estadisticas/153-casos-2013.
71. ONUSIDA. Los preservativos y la prevención del VIH: Declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS. [Online].; 2009 [citado el 2016 Diciembre 24]. Disponible en: www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319_preventionposition.
72. Benítez A, Rossana M, Cynthia L, Martínez Gutiérrez G. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención de Sífilis y VIH de Indígenas, Distrito Dr. Juan Eulogio Estigarribia. [Online].; 2014 [citado el 2016 Noviembre 12]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-36962016000100005&lng=en&tlng=es.
73. UNFPA. Preservativos femeninos: Especificaciones generales, precalificación y directrices de adquisición, 2012. [Online].; 2012 [citado el 2016 Diciembre 30].

- Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preservativos_Femeninos_Especificaciones_Generales.pdf.
74. OMS. Transmisión del VIH de la madre del niño. [Online].; 2016 [citado el 2016 Diciembre 30. Disponible en: www.who.int/hiv/topics/es/.
75. García A, Ramos D, Diaz M, Olvera A. Instrumentos de evaluación. Revista Mexica de Anestesiología. 2007; 30(3).
76. Ministerio de Sanidad y Política Social. www.msssi.gob.es. [Online].; 2013 [citado el 2016 03 20. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_Informativa_codificacion_HIV.pdf.
77. Plaza A, Silvestre F. Seguimiento en pacientes especiales España: Primera Edición, Editorial Universitat de Valencia; 2011.
78. Ministerio de sanidad y política nacional. NOTA INFORMATIVA SOBRE CODIFICACIÓN DEL VIH. [Online].; 2016 [citado el 2016 Septiembre 9. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_Informativa_codificacion_HIV.pdf.

ANEXOS







Hoja de ruta para Grupo focal

Organización de los grupos de trabajo

Por la naturaleza de la investigación los grupos de trabajo se dividirán tomando en cuenta el sexo y un número máximo de participantes de 12 y un número máximo de participantes de 12, según lo establecido por García, Ramos, Díaz y Olvera, (2007) (1).

Grupos	I	II	III
Hombres	12	12	12
Mujeres	12	12	12
Total	24	24	24

Objetivos del Grupo focal

- Determinar principales fuentes de información de los adolescentes en materia de sexualidad y su preferencias a la hora de buscar información.
- Recordar conocimientos previos acerca del VIH/SIDA.
- Determinar las principales prácticas preventivas usadas o aprendidas.
- Evaluar las actitudes del grupo de trabajo con respecto a la temática.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

Preguntas /Objetivos	Determinar principales fuentes de información de los adolescentes en materia de sexualidad y sus preferencias a la hora de buscar información.	Recordar conocimientos previos acerca de las enfermedades de transmisión sexual y especialmente del VIH/SIDA.	Determinar las principales prácticas preventivas usadas o aprendidas.	Evaluar las actitudes del grupo de trabajo con respecto a la temática.	Observaciones.
¿Ha recibido información anteriormente acerca de las enfermedades de transmisión sexual?					
¿Cómo recibieron la información?¿en la escuela/colegio, en la TV, radio, internet?					
¿Cuándo tienen alguna duda al respecto, a quien acude usted para poder satisfacer su duda en temas de sexualidad?					
¿Cuál es el medio de información, que más utilizan para saber acerca de éstos temas?					



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

¿Ha hablado usted con sus padres al respecto?					
¿Qué es lo que más recuerdan acerca de las enfermedades de transmisión sexual?					
¿Qué es lo que más recuerdan acerca del VIH/SIDA?					
¿Qué es el VIH/SIDA?					
¿Cómo se contagia?					
¿Cómo podemos prevenirlo?					
¿Cuáles son los principales signos y síntomas?					
¿Existe tratamiento?					
¿Qué recordamos acerca del uso del preservativo?					
¿Es el único método de evitar el contagio de ésta enfermedad o existe otro?					
¿Conoce usted a alguien que se haya contagiado de la enfermedad?					



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

¿Qué haría usted en caso de haber sido contagiado con VIH/SIDA?					
¿Qué haría usted en caso de que un amigo haya sido contagiado con VIH/SIDA?					



Plan de socialización

TEMA: VIH/SIDA en la Comunidad San Clemente

Libreto

Público Objetivo.

Por la naturaleza del tema y la relevancia del mismo se estima conveniente que la socialización sea dirigida al núcleo familiar como tal, para lo cual se incluiría un único criterio de exclusión, sobre todo considerando el nivel de madurez necesario para abordar éstos temas

Contexto

Juan y Esteban se encuentran para jugar un partido de vóley, en su comunidad; sin habían reparado en el hecho de que ellos eran los primeros en llegar, ya que la cita se había pospuesto para una hora más tarde, lo cual había sido comunicado mediante redes sociales, ante lo cual no habían estado atentos. La situación les sirve para conversar acerca de algunas novedades de la comunidad, hasta llegar al tema relacionado con el VIH/SIDA y el posible caso de contagio de un amigo en común. Los amigos se ven enfrentados a la incertidumbre, el desconocimiento, el miedo y el prejuicio que genera la enfermedad.

Personajes

Juan y Esteban:

Son dos adolescentes de 17 años de edad, amigos de Tupac y Nina su hermana, siendo compañeros de colegio y miembros de la misma comunidad.

Tupac:

Es un joven de 20 años de edad, inmigrante, el cual por razones de estudio y trabajo salió a la Ciudad de Guayaquil, donde al parecer fue contagiado con VIH/SIDA, sin que se sepa cómo se contagió.

Anita:

Adolescente de 18 años de edad y novia de Tupac, está por terminar el bachillerato.

Nina:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

Hermana de Tupac y amiga cercana de Juan y Esteban, con quienes también comparte el aula de clase.

Belén:

Estudiante de enfermería habitante de la comunidad y hermana de esteban. Usa los conocimientos aprendidos en clase para corregir algunas de las confusiones de sus amigos.

Escenario	Dialogo	Parlanakuy
Cancha de vóley	<p>Juan inicia la conversación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ve Esteban, ¿es cierto lo del Tupac? - ¿Qué le pasó?... ¿ya regreso de Guayaquil? – <p>Pregunta Esteban.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si, ya había regresado hace una semana, más o menos.- <p>Juan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y, ¿Qué le ha pasado?, no sé nada yo. – Esteban. - Chuta, ni sabes, si ésta grave. – Juan. - ¿Qué le paso se chocó, regresando, o...? – Esteban. - Lo que pasa es que dicen que tiene SIDA – <p>Interrumpe Juan.</p>	<p>Juan parlayta kallarín.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hala Esteban. Tupacmanta yachankichu? - Imatak yalirka?, ñachu Guayaquilmanta tigramurca?nispami Estebanga tapun. - Ari ñami caipiiscay semana yalilla, Juan. - Imatatak charin? Ñukaka imatapash na yachanichu, Esteban. - Chuta sinchillami ninmi Juan. - Imatakcan?llaqui apaskachu tigramukushpa? Esteban - SIDA unkuytami charin ninmi Juan



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Escuela de enfermería

<ul style="list-style-type: none"> - ¿SIDA?... ¿Estás seguro? – Esteban. - Si eso me dijo el primo de él mismo – Juan. - Chuta, que mal.... Pero y ¿qué le ha pasado? ¿Cómo se ha contagiado? – Esteban - ¿Ahí si no sé?... no creo que haya muchas formas de contagiarse, solo si ha estado con alguien que ya haya tenido SIDA. – Juan - NO... eso te pasa por faltar a clases... si hay más formas de contagiarse de VIH. - SIDA nomas digo...- Esteban mira a Juan con gesto de reprobación - - ... o ¿son lo mismo? – Pregunta Juan con gesto de duda. - Nooo, con razón que siempre te quedas en supletorio vos, no pones atención a las clases de Biología. Ahí explico el Licen Teca. - El SIDA es el virus, eso sí me acuerdo – Juan. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIDA? Nachu Ilullanki? Esteban - Paypak primomi shina nirka Juan - Chaika naallipachachu,imashinatak chai unkuytaka japishka? Estaban - Chaitaka mana yachanichu, nachu chai unkuyta charikwan cashpalla chimban? Juan - MANA sinachu, chaipakmi yachanaman na rinki,taukatami ninkuna VIH unkuymanda - SIDA ninimari Estebanga ashata asispami rikun Juanda . - Nachu chaillatak? Nispami tapun Juanga, - Manaa chaimandami supletoriopi sakirinki,na yuyaiwan Biologia yachanapi kanki. - SIDAca virus niktaka yuyarinimi Juan. - MANAA pandakunkimi VIHmi virus yuyarinkichu
---	--



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

	<ul style="list-style-type: none">- Nooo, al revés. El VIH es el nombre del virus, como la gripe te acuerdas el H1N1, así se le conoce al virus, pero éste se transmite por haber estado en contacto sexual con alguien que ha estado infectado.- Esteban.- O sea con alguien que tenga SIDA. – Juan.- Tampoco, o sea sí pero no – Esteban mueve la cabeza para organizar las ideas. – O sea, cuando una persona tiene VIH, no necesariamente desarrolla enseguida el SIDA que es el Síndrome, o sea el resultado del daño que tiene el VIH en nuestro cuerpo; es por eso que muchos personas que han sido contagiadas no saben que tienen la enfermedad y siguen contagiando a otras personas. Por eso hay las pruebas que te dicen cuando eres VIH positivo, es decir que si tienes el	<p>H1N1 manda? Shinallatakmi kan, kayka kari warmi kimiripmi chimban ña kay unkuyta charikpi. Esteban</p> <ul style="list-style-type: none">- Amm SIDAta charikpi, Juan- Ari..mana mana umata cuyuchispa aaliman yuyarispa Estebanka nin VIHta charikpiaca narak ninchichu SIDAta charin, ñukanchik aichapika manarac imatapash sintinchichu,sinami shuc mashikunaman chimbachicta ushanchi, chaipaka yahuarpimi ricunchik charinchik o na charinchic chay unkuyta, jambik runakunapakman rishpa- Alalay llami uyarin yuyarinimi SIDAwan
--	--	--



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

	<p>virus y VIH negativo cuando no tienes.</p> <ul style="list-style-type: none">- Que feo eso, pero si me acuerdo que los enfermos de SIDA, terminaban flaquitos y llenos de manchas, desnutridos. – Juan.- Bueno sí. – Esteban.- Y ahora... ¿Qué irán a hacer en la casa de Tupac? O de aquí tiene que estar en el hospital... porque si no como hacen para saber que no contagia a más personas, igual le ha de tocar comer en plato individual y baño propio. – Juan.- Yo leí por ahí que ya estaban encontrando la cura para eso, con los retrovirales – señala Esteban sintiéndose orgulloso por lo que él conoce.- ¡Ha!... entonces ya no es tanto problema, igual si cuesta mucho los papas del Tupac si tienen plata para	<p>unkushka runakunata, sthala, llakilla Juan</p> <ul style="list-style-type: none">- Ari shinami Esteban- Kunanka imatashi Tupacpak huasipika ruranaga?hospitalmachu ringa? Ama chukunama chinbachichun chikan platopimi mikunga tukuytami chikan chikan charinga Juan- Ñukaka chaikunapi killka katirkani. Ñami jambi tian Esteban jariyashka parlan.- Nachu jatun llaki? Tupacpac taitakunaka kullkiyuykunami Juan- Internet pimi ñukaka ricurkani jambik tiakta, pero mashna
--	---	--



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

	<p>pagar, porque si ha de ser cara la cura.- Juan.</p> <ul style="list-style-type: none">- Yo, vi en internet que ya había tratamiento, pero no sé si habrá aquí en el Ecuador, ni cuánto costará. Recuerda Esteban - Además no creo que se transmite, por usar el mismo plato o el mismo baño. Si no me equivoco es solo por tener sexo con una persona infectada, usar la misma jeringuilla cuando se drogan o se tatúan.- ¡Ha! Y la Anita también ya no estará contagiada con eso. Juan.- ¿Cuál Anita? – Esteban- La novia del Tupac, es vecina mía, vive a unas dos cuadras. – responde Juan- Chuta ahí si no se puede saber, de ley ha de tener que hacerse la prueba.- Llega Belén, que hablan chicos?...yo si les escuche.- Juan. es que el Tupac dice que tiene SIDA	<p>cajtaka mana ninchu, yuyarin Esteban</p> <ul style="list-style-type: none">- Na chimbanllu chai platopillatak mikukpi o chaillapitak ishpakpi,astahuankarin kari huarmi puñujpimi shimban,tuksina agujahuan unkushka kajpi,ñukanchik aichapi quillkkpi.- Anitaka manachu chai unkuyta charinka? Juan- Maikan Anita'Esteban- Tupacpak warmitukunaka ñuka kuchullapimi kausan ninmi Juan.- Naña yachanichu examenta ruranami kanga- Belen chayan tapunmi imatak parlamkichi wambrakuna? Uyarkanimi.- Juan tupami SIDA unkuyta charin ninmi.- Juanka panda pandatami yuyan kay unkuymandaka ninmi Etebanka.
--	--	--



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Escuela de enfermería

	<ul style="list-style-type: none"> - Y Juan está bastante confundido con esto recalca Esteban. - Justo yo tengo un tríptico sobre el SIDA, vengan sentémonos y conversemos, dice Belén....en ese momento llegan más jóvenes a la cancha. - Belén saca el tríptico y socializa preguntando y respondiendo interrogantes de los jóvenes, - Esteban al final dice que bueno que llegaste Belén justo a la hora indicada y nos salvaste de muchas tonteras que pensábamos y hablamos. - Todos se despiden muy amigables y satisfechos de conocer más del SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunanpachami shuk pangata charini SIDA jawamanda ninmi Belen . Chai ratupimi tauka wambrakuna chayamunpujllana pambaman, - Belen pangata llukchispa parlan, tapun y tapuykuna tigrachin. - Esteban ninmi allitapash chayamurkanki achikatapachami yanaparkanki ñukanchika maytapashmi yuyarkanchi parlanakurkanchic SIDA unkuymandaka. - Tukuyllami cushilla kayakamac nin SIDAadamanta achikata riksishkamanda.
--	--	---



¿QUE HACER SI SOY VIH POSITIVO?

Un resultado positivo en la prueba del VIH a menudo deja a una persona abrumada con preguntas e inquietudes.

Es importante recordar que el VIH es una enfermedad manejable que se puede tratar con medicamentos. Esos medicamentos no pueden curar el VIH, pero pueden ayudar a las personas que lo tienen a llevar una vida más larga y sana.

El primer paso después de una prueba positiva del VIH es consultar con un médico, aunque usted no se sienta enfermo. La mejor manera de mantenerse sano es recibir a tiempo la atención médica y el tratamiento con los medicamentos contra el VIH.

Las personas con el VIH trabajan junto con sus proveedores de atención de salud para decidir qué medicamentos contra el VIH tomar. La toma de estas decisiones sobre el tratamiento empieza con una evaluación inicial del VIH. Una evaluación inicial del VIH incluye una revisión de la salud e historia clínica de la persona, un examen físico y análisis de laboratorio.

Los resultados de una evaluación inicial del VIH se usan para decidir si una persona está lista para comenzar tratamiento de por vida con medicamentos contra el VIH, y, de ser así, con cuáles medicamentos empezar.



Documento presentado como anexo del proyecto de investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en prevención de VIH/SIDA de adolescentes indígena kichwas de la Comunidad San Clemente – Ibarra, 2016.

AUTORA: María Susana Pupiales Cuasque
DIRECTORA: Licda. Mercedes Flores Mph

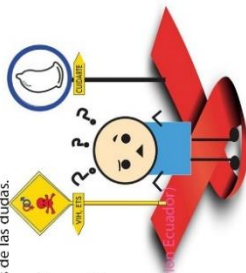
FUENTES CONFIABLES DE INFORMACIÓN

El VIH/SIDA es un tema que debe ser tratado en el núcleo familiar, sin tapujos ni prejuicios, es un problema latente del cual todos somos responsables y por lo tanto debemos conocer. Existen muchos medios de información que pueden ser de ayuda:

- MSP: En el Ecuador de las instituciones de salud disponen de personal capacitado que puede solventar algunas de las dudas.

- De la misma forma existen algunas organizaciones que pueden ser de ayuda, algunas de ellas disponen de paginas en internet donde puedes conocer más acerca del VIH/SIDA:

- <http://www.infosida.es>
- <http://www.vihda.org.ec> (Fundación VIHDA)
- www.unaids.org/es (ONUSIDA)
- <http://www.cruzioja.es/vih/>



ESTADÍSTICAS

18,2 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretroviral (junio de 2016) / **36,7 millones** de personas en todo el mundo vivían con el VIH (finales del 2015) / **2,1 millones** de personas contrajeron la infección por el VIH (finales del 2015) / **1,1 millones** de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA (finales del 2015) / **7,78 millones** de personas han controlado la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia (finales del 2015) / **35 millones** de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA desde el comienzo de la epidemia (finales del 2015).

En 2015, 36,7 millones de personas vivían con el VIH. Hasta **mediados del 2016, 18,2 millones** de personas que vivían con el VIH tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica.

Cerca del **77% de las embarazadas** que vivían con el VIH tuvo acceso a medicamentos antiretrovirales en 2015 para prevenir la transmisión del VIH a sus bebés.

En 2015, 2,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en todo el mundo. Los casos de nuevas infecciones en niños han descendido en un 50% desde 2010.

En 2015, 1,1 millones de personas en todo el mundo fallecieron por causas relacionadas con el SIDA.

Se estima que, a finales de 2015, se habían invertido 19 000 millones de dólares estadounidenses en la respuesta al sida en países de ingresos medios y bajos. Los recursos nacionales representaron un 57% del total de los recursos destinados al VIH en 2015 en dichos países.

Las últimas estimaciones de ONUSIDA indican que se necesitarán 26 200 millones de dólares estadounidenses para la respuesta al sida en 2020, y 23 900 millones en 2030.

¿QUÉ ES VIH?

VIH o **Virus de la inmunodeficiencia humana** es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune, debilitándolo y volviéndolo vulnerable a las infecciones, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida de la persona infectada.

¿QUÉ ES SIDA?

Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o **SIDA** es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas, al igual que por la aparición de infecciones oportunistas.

LA PRUEBA DEL VIH

La prueba del VIH consiste en un análisis de sangre específico que detecta la presencia del VIH o de anticuerpos contra la infección en el organismo. Para que el resultado sea fiable es necesario esperar tres meses desde la posible infección antes de la realizarse de la prueba.

¿DÓNDE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH O SIDA?

Las pruebas de VIH son gratuitas y se realizan en los servicios de salud de primer y segundo nivel en todo el Ecuador.

RECOMENDACIONES PREVIAS PARA EL EXAMEN DE VIH

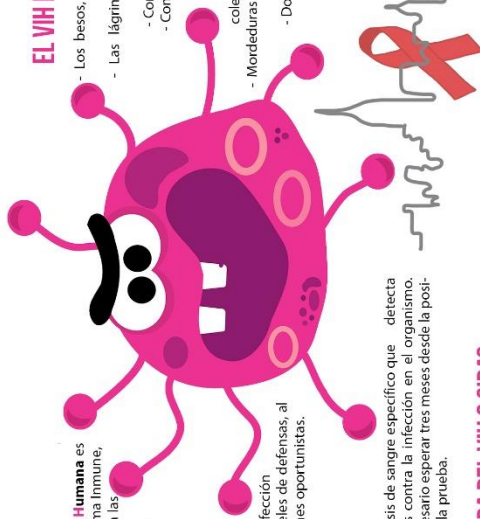
No practicare la prueba mientras se consuma alcohol u otras drogas. Si la persona que solicita la prueba sufre de gripe o cualquier afección, primero deberá recibir un tratamiento específico antes de someterse a la prueba. Esperar como mínimo entre un mes y medio y tres meses después del contacto de riesgo antes de practicarse la prueba.

¿QUÉ TAN CERTERO ES EL EXAMEN DE VIH?

La prueba tiene una precisión del 99.5%, sin embargo un resultado positivo debe ser confirmado por un segundo análisis. Tras contraer VIH el cuerpo tarda entre tres semanas y tres meses en desarrollar los anticuerpos. Durante este periodo los exámenes de VIH podrían resultar negativos a pesar de ser portador del VIH. Por esta razón se sugiere esperar entre tres y seis meses desde el último contacto sexual o sanguíneo sin protección para hacerse el examen y tener resultados definitivos.

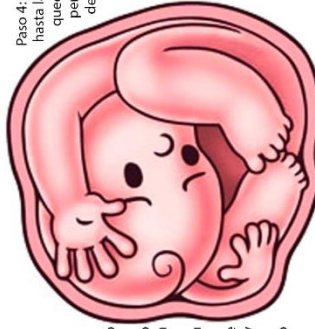
EL VIH NO SE TRANSMITE POR:

- Los besos, las caricias, darse la mano, tocarse o masturbar a tu pareja.
- Las lágrimas, el sudor, la saliva, la tos o los estornudos.
- Convivir con personas que tengan el virus.
- Compartir objetos de uso común, la ropa o alimentos, duchas, lavabos o WC.
- Piscinas, instalaciones deportivas o de ocio, espacio de trabajo, residencias, colegios, spa, balnearios y lugares públicos.
- Mordeduras o picaduras de animales, mosquitos u otros insectos.
- Donar o recibir sangre, en países donde el control es adecuado.



EL VIH SI SE TRANSMITE POR:

- Al tener relaciones sexuales con penetración anal o vaginal sin preservativo.
- El sexo oral tiene más riesgo para la persona que lo realiza y éste es mayor si la persona recibe el semen en la boca.
- Si además tenemos otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) hay más riesgo de tener el VIH.
- Por compartir jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier cosa que pueda cortar o pinchar y que haya estado en contacto con sangre infectada.
- De una madre a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.



EL VIH SE PUEDE PREVENIR

- Usando preservativo (masculino o femenino) en las relaciones sexuales con penetración.
- Evitando la eyaculación en la boca si se practica el sexo oral.
- En la penetración anal es recomendable utilizar cremas para lubricar que no contengan grasa, además del preservativo.
- Utilizando material estéril y evitando el uso compartido de jeringuillas, agujas y otros útiles de inyección si se con sumen drogas inyectadas.
- Utilizando instrumentos para perforar la piel de un solo uso o estériles (pendientes, piercings, material de tatuaje...etc.).
- No compartiendo cuchillas de afeitar ni cepillos de dientes.
- En la actualidad, gracias al tratamiento antirretroviral, una madre con el VIH podrá tener un embarazo y parto sin problema y su bebé podrá nacer sin el VIH.
- La lactancia materna no está recomendada.



¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO ARV?

Los medicamentos para el VIH, o fármacos ARV, no son capaces de curar la enfermedad, aunque pueden evitar que el virus se reproduzca.

La medicación para el VIH tiene cuatro objetivos fundamentales:

- Aumentar la esperanza y la calidad de vida.
- Devolver el sistema inmunitario a su estado normal y mantenerlo así durante el mayor tiempo posible.
- Evitar otras posibles infecciones.

EL USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO:

Paso 1: Revise la fecha de vencimiento del condón.

Paso 2: Abra el empaque del condón por la orilla del mismo con mucho cuidado. No utilice tijeras, dientes o uñas para hacerlo.

Paso 3: Ahora, tome el condón y colóquelo en la punta del pene cuando esté erecto. Tome la punta del condón con sus dedos.



Paso 4: Desenrolle la otra parte del condón hasta la base del pene, de modo que quede un espacio entre la punta del pene y el condón para que allí se deposite el semen.



Paso 5: cuando haya eyaculado y el pene aún este erecto, saque el condón sujetándolo desde la base, evitando que se derrame y hágale un nudo en la punta. Bótlelo en la basura y si va a tener otro encuentro sexual, recuerde usar un condón nuevo.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Escuela de enfermería

SUMMARY

HIV / AIDS was and continues being one of the most important worldwide public health problems. One of the strategies for its prevention is the teaching-learning process especially for adolescents, who have become the most affected population. The aim of this study is to identify indigenous adolescents' knowledge about HIV / AIDS, understand their attitudes and describe prevention practices among adolescents. Once obtained the authorization of the community and parents, an observational and descriptive study with a qualitative approach was carried out, 4 workshops were developed; it was focused for groups from 6 to 8 adolescents, grouped according to their location (upper and lower zone) and sex. The study population was 25 teenagers, 52% were women between 17 and 18 years old, who had a better predisposition to participate. From the study population, 24% was not attending to any educational institution at the time of this study, thus, they did not have the same level of knowledge than the other members of the group within the same age. The adolescents of the community described an acceptable level of knowledge, whether because the topics were developed in the classroom and dealt on TV, radio or internet. Some confusions and misunderstandings were addressed during the process, such as: proper condom use, antiretroviral treatment, transmission and prevention. The adolescents agreed do not talk about these issues with their parents, due to their ignorance on the topic. For teenagers, the risk of this disease is perceived as distant, typical of large cities or other countries.

Keywords: HIV / AIDS, adolescents, knowledge, practices, kichwas, indigenous.

